

LA

Déclaration Obligatoire

de la

TUBERCULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Août 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges CHANUT

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Mervans (Saône-et-Loire), le 15 mars 1891



LYON

IMPRIMERIE LÉON SÉZANNE

75, rue de la Buire

Août 1919

LA

Déclaration Obligatoire

de la

TUBERCULOSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 26 Août 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges CHANUT

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Mervans (Saône-et-Loire), le 15 mars 1891



LYON

IMPRIMERIE LÉON SÉZANNE

75, rue de la Buire

Août 1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Physique médicale.....		LEPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne.....		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.....		X...
Anatomie pathologique.....		DOYON
Médecine opératoire.....		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		X...
Médecine légale.....		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		X...
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	BONNAMOUR

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, Président ; CADE, Assesseur ;
MM. MOURIQUAND et BONNAMOUR, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
DE MON ONCLE ET DE MA GRAND'MÈRE
A MA MÈRE ET A MA TANTE

Je leur dois une reconnaissance sans bornes.

A MA SŒUR
ET A MON BEAU-FRÈRE LE Dr CARLOT

Je les unis tous deux dans un même sentiment d'affection profonde.

A MON ONCLE LOUIS MAUCHAMP

Il m'a toujours aidé par ses bons conseils ;
il a toujours eu pour moi une bonté et
une affection paternelle. Jamais ne saurais
assez lui prouver ma reconnaissance.

A MA FAMILLE
A MES AMIS, A MES CAMARADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

Nous l'assurons de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous confiant le sujet de cette thèse et nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait d'en accepter la présidence.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHAIX

Nous le prions de recevoir tous nos remerciements respectueux pour les bons conseils qu'il a su nous donner si aimablement.

A NOS JUGES

A NOS MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Notre pays a le triste privilège d'être parmi les plus frappés par la tuberculose. Les statistiques de l'Office International d'Hygiène publique et la Statistique Sanitaire de France pour 1913 montrent qu'en 1913, la mortalité par tuberculose pour 100.000 habitants a été, en France, de 211; en Angleterre, de 137; en Italie, de 149; en Suisse, de 205; aux Pays-Bas, de 142. Le chiffre total des décès par tuberculose a été en France de 84.433, chiffre formidable, auquel il convient d'ajouter la plupart de ces décès 15.277 pour bronchite chronique, pleurésie chronique, emphysème pulmonaire, affections qui relèvent habituellement de la même cause microbienne, à savoir le bacille de Koch.

On peut donc avancer qu'il meurt en France, chaque année, au moins 100.000 habitants par tuberculose : la

guerre et ses conséquences nous réservent à n'en point douter une mortalité beaucoup plus élevée encore.

Avant la guerre, la lutte antituberculeuse avait certes permis de noter une diminution de la mortalité, mais combien légère, puisque de 222 à 229 décès par 100.000 habitants en 1906-07, elle est descendue à 213 en 1913. Par contre, tous les autres pays ont noté une diminution beaucoup plus intensive.

La comparaison reste au désavantage de la France, et combien humiliante, puisqu'elle nous permet de constater que l'on meurt dans notre pays beaucoup plus par tuberculose qu'en Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, etc.

Telle était déjà l'étendue du péril en 1913, avant la guerre. Celle-ci, au contraire, loin de le faire diminuer, n'a fait que l'accroître. En effet, elle a imposé à nos soldats des souffrances indicibles dans les tranchées, aux populations des pays envahis des misères de toutes sortes, physiques et morales, avec les tourments de la faim, à nos prisonniers et déportés civils en Allemagne une situation où les privations alimentaires n'étaient que le complément des pires cruautés. Et à l'intérieur, elle a imposé la mobilisation dans les usines, pénible surtout pour les femmes, non suffisamment adaptées souvent au travail qu'elles avaient à fournir avec des privations, des angoisses de toute sorte et où la contagion s'effectuait au maximum.

La tuberculose dans de telles circonstances ne pouvait qu'augmenter ses sévices : elle n'y a point manqué. Aux armées, c'est par plus de 110.000 que se dénombrent les réformés par tuberculose (les morts de ce chef

ne nous sont point encore connus) et le bilan de la maladie n'est pas clos avec la fin des hostilités, car il faut prévoir l'échéance plus ou moins proche de maintes infections subies au cours de la guerre et encore silencieuses. Le chiffre des prisonniers qui nous reviennent tuberculeux ou porteurs de foyers bacillaires qui germeront à l'occasion propice sera énorme et pour les populations envahies, quel sera l'aboutissant des souffrances endurées?

La tuberculose est partout en effervescence, frappant la jeunesse, frappant les adultes dans la période la plus précieuse de leur valeur économique et procréatrice, et cela dans notre France qui a déjà perdu 1.500.000 de ses soldats, que la grippe vient de ravager par surcroît et dont la natalité annuelle s'inscrit au-dessous du chiffre des décès. Ces sombres perspectives de l'avenir appellent un immense effort afin d'en conjurer les redoutables conséquences pour la race. Organiser, intensifier la lutte générale contre la tuberculose devient le devoir national du moment le plus pressant.

Il convient donc d'entreprendre rapidement cette lutte antituberculeuse puisque celle-ci est possible, la tuberculose étant une maladie contagieuse et la science nous démontre qu'elle est de toutes la plus évitable.

Les Pouvoirs Publics ont compris la nécessité de cette lutte; aussi devant l'étendue d'un tel péril, ils sont décidés à mettre le maximum en œuvre pour essayer de ravir au terrible fléau les 100.000 existences qui sont son tribut chaque année et dont plus que jamais nous avons besoin.

C'est ainsi que le 16 janvier 1919, à peine les hosti-

lités terminées, par l'initiative gouvernementale, pour commencer cette lutte, a été déposé devant les Chambres un projet de loi relatif à la lutte antituberculeuse basé sur la Déclaration obligatoire de la Tuberculose ouverte et sur l'Assistance prophylactique et pécuniaire aux tuberculeux des familles nécessiteuses.

Voyons les raisons pour lesquelles cette déclaration obligatoire de la tuberculose est nécessaire à la lutte antituberculeuse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA QUESTION DE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE LA TUBERCULOSE ET DISCUSSIONS ANTÉRIEURES A LA GUERRE

Si l'on fouille les annales de la médecine, on trouve que c'est en 1889 que fut soulevée pour la première fois la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Trente années ont donc passé et la question n'est point encore résolue; c'est dire combien elle a été discutée, par combien de vicissitudes elle est passée et combien d'obstacles elle a rencontrés (1).

En effet, le 3 juillet 1889, 23 ans après qu'il eut démontré la contagion de la tuberculose, Villemin déposait devant l'Académie de Médecine, sollicitant son approbation, « un projet d'instructions simples et pratiques concernant la prophylaxie de la tuberculose, basé sur la recherche des foyers de contagion ». Les discussions durèrent 6 mois, puisqu'elles ne prirent fin que le 28 janvier 1890. Aussi devant la résistance irréductible d'un grand nombre de ses collègues, Villemin découragé retira son rapport.

(1) LETULLE. « Rapport sur la déclaration obligatoire de la tuberculose ». *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1912, tomes 68, 69, 70.

Les conclusions essentielles de ce rapport n'en furent pas moins votées en 1890. En effet, ces conclusions furent reprises par Verneuil, Bergeron et Trélat avec l'amendement suivant : « La notion, certaine de la transmissibilité de la tuberculose, impose au gouvernement le devoir de faire rechercher dans toutes les collectivités dont il a la surveillance (lycées, casernes, grandes administrations et ateliers d'Etat) les sujets atteints de tuberculose pour prendre à leur égard, dans l'intérêt des autres, telle mesure de prophylaxie que les circonstances permettent de leur appliquer ».

L'Académie estima que cet amendement serait encore trop effrayant pour les masses, on vota simplement le texte suivant : « L'Académie appelle l'attention des autorités compétentes sur les dangers que les tuberculeux font courir aux diverses collectivités dont elles ont la direction, telles que lycées, casernes, etc. »

« L'histoire impartiale, écrit le Professeur Letulle, prend toutefois acte de la séance du 28 janvier 1890, où pour la première fois, une voix autorisée osa demander à l'Etat la recherche et par conséquent la déclaration obligatoire des tuberculeux parmi ses collectivités en vue d'une prophylaxie effective. Nous pouvons considérer ce cri d'appel aux Pouvoirs Publics comme l'ébauche de la lutte sociale antituberculeuse. »

Malgré le refus de reconnaître nécessaire cette déclaration, on reconnaissait la notion de contagiosité et le droit d'éviter la transmissibilité du mal des victimes aux individus encore indemnes.

Germain Sée reconnaissait la transmissibilité de la tuberculose par les crachats, mais pour des raisons de

pratique médicale, il se déclarait hostile à la divulgation de la maladie par le médecin à quiconque et surtout à son malade. Il disait : « Supprimez le crachat, noyez-le et tout sera dit » et il ajoutait : « Le médecin commettrait un acte blâmable s'il séquestrait, s'il isolait le malade et surtout *s'il parlait*. Au lieu de dénoncer le malade à l'autorité comme dans le bon vieux temps de la royauté de Naples, le médecin peut par son silence sur la nature de la maladie, rétablir le calme dans l'esprit troublé du patient. »

En 1893, le 10 octobre, M. Vallin lut un projet de loi devant entraîner la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Dans ce projet de loi, il n'était pas question de la tuberculose. Daremberg fit remarquer au moment où le vote allait se terminer qu la tuberculose est au premier rang des maladies contagieuses reconnues par le médecin et il déclare que si cette maladie est éliminée de la liste des maladies à déclarer obligatoirement, les maîtres d'hôtels et de garnis ne manqueront pas de s'emparer de cette occasion pour refuser de prendre les mesures de désinfection. A cette remarque, on objecta que « le maire ou le préfet avaient tout pouvoir pour imposer des mesures sanitaires aux maîtres d'hôtels et de garnis ».

En 1894, Gibert, du Havre, Berlioz, de Grenoble, Fleury, de Saint-Etienne et Roux, de Lyon, tous quatre directeurs de bureaux d'hygiène, s'étonnent de l'exclusion de la tuberculose de la liste des maladies contagieuses à déclarer obligatoirement. Ils rappellent que la tuberculose fournit à elle seule 60 % des décès. Ils

supposent que les raisons de cette exclusion sont extra-médicales : crainte de froisser les susceptibilités médicales en faisant déclarer une maladie qu'elles tiennent à cacher. Ils font remarquer d'autre part que les idées du public se sont modifiées dans un sens favorable. « Le public sait par le médecin qui le lui a appris que la tuberculose est plus souvent contractée par contagion que par hérédité. Il sait aussi que la désinfection peut seule le préserver des germes semés dans le logement occupé par le tuberculeux. Aussi accepte-t-il avec satisfaction la désinfection et la demande-t-il souvent lui même. »

Ils demandent pour cette raison à l'Académie d'inscrire la tuberculose sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Leur vœu reste stérile.

En 1896, Terrier s'écrie : « La tuberculose est une affection essentiellement contagieuse et je n'ai pas compris pourquoi l'Académie ne l'avait pas classée parmi les maladies contagieuses à déclaration obligatoire. »

En 1898, cette année est marquée dans l'histoire de la tuberculose par le mémorable rapport de Grancher sur la *Prophylaxie de la Tuberculose*, où il montre le grave et obsédant problème que constitue la prophylaxie du mal bacillaire : « La tuberculose au cours d'une génération touche un quart des individus et en tue un sixième et peut-être plus, et cependant la maladie est la plus curable et aussi la plus évitable, il convient autant que possible de supprimer la contagion. » A l'issue de ce rapport, la Commission de la Tuberculose

ne pensa pas qu'il y eût lieu de demander l'inscription de la tuberculose sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. Elle jugeait que l'heure n'était point venue de solliciter des Pouvoirs Publics une législation sanitaire nouvelle concernant la prophylaxie de la tuberculose et conforme aux données actuelles de la science. « Cette loi rencontrerait tant de difficultés, tant d'impossibilités, qu'il vaut mieux ne pas faire intervenir le législateur. Ce sera l'œuvre de nos futures Commissions quand on aura compris partout que les vivants et les bien portants ont droit à la santé et à la protection de leur santé et de leur vie qui sont une propriété aussi respectable qu'un titre de rente ou une maison et que la liberté d'être malade ne va pas jusqu'à la liberté d'empoisonner son voisin. »

Les raisons invoquées au cours des séances en faveur du rejet provisoire de cette réforme furent le respect du secret professionnel, celui des susceptibilités familiales et les difficultés matérielles et budgétaires auxquelles se heurterait la mise en application d'une semblable mesure.

Landouzy, au cours de cette discussion, prononça les paroles suivantes et qui sont à retenir : « Les médecins et les Pouvoirs Publics doivent se souvenir que l'Académie n'est pas en principe hostile à l'idée de l'opportunité qu'il peut y avoir à déclarer les tuberculoses ouvertes. La Commission entend expressément qu'il y a intérêt à reporter à plus tard l'application de ce principe alors que le temps aidant, l'esprit public y étant amené, les mœurs étant préparées, un Ministère de la Santé publique étant pourvu d'un gros budget,

le protectionnisme sanitaire ne comptera chez nous que des partisans et des défenseurs. »

En 1900, Grancher réclame à nouveau la déclaration obligatoire de la tuberculose : « Pourquoi, s'écrie-t-il, la tuberculose, qui est la plus meurtrière des maladies, n'a-t-elle pas été la première soumise à la déclaration obligatoire ? Parce que des raisons de sentiments respectables mais après tout secondaires se sont mises en travers. Il était convenu dans les familles que la tuberculose était une maladie dont on mourrait sans la nommer et les médecins complices de ce pieux mensonge n'osaient ni parler ni agir. » Il demande à l'Académie d'émettre le vœu que la tuberculose ouverte soit inscrite parmi les maladies à déclaration obligatoire.

La proposition de Grancher disparaît sur une protestation demandant si le malheureux tuberculeux ainsi dénoncé devra pendant les longues années que durera sa triste maladie rester « sous la surveillance de la haute police sanitaire ».

En 1903, Thoinot exprime ses regrets de ne pas voir la tuberculose sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. Il écrit : « L'exclusion de la tuberculose est d'autant plus regrettable que c'est dans les mesures instituées par la loi que l'entourage des tuberculeux pauvres pourra seulement trouver une protection efficace. La classe aisée peut actuellement se défendre contre la tuberculose, la classe pauvre ne le peut que si la loi, l'action publique viennent à son secours. »

Josias disait : « Nous hésitons à classer la tuberculose parmi les maladies à déclaration, ce serait cependant le meilleur moyen (la déclaration entraînant

la désinfection obligatoire) de combattre la contagion de cette maladie et de limiter ses ravages. »

La déclaration entraînant la désinfection, d'après la loi de 1902, le devoir paraissait trop lourd et hérissé de difficultés, d'autre part, l'esprit public n'était pas encore assez éclairé sur le danger de la tuberculose. On n'osait pas, dit M. Letulle, introniser la tuberculose dans le bloc des maladies sociales comme l'alcoolisme et la syphilis, on avait peur de faire naître l'affolement en mettant la maladie sur le même pied que la peste et le choléra. On jugeait qu'il fallait parfaire l'éducation des peuples. »

En résumé, dit M. Letulle, tout le monde était d'accord pour reconnaître que la tuberculose est la pire des maladies transmissibles, celle contre laquelle on devrait multiplier les efforts les plus énergiques et les plus constants. Personne n'osait encore commencer la bataille par le commencement, par la recherche méthodique et obligatoire des positions de l'ennemi.

En 1906, une longue discussion eut lieu. Les adversaires de la déclaration ou les membres de l'Académie qui, bien que partisans de cette mesure, ne la croient pas encore possible, font observer que la désinfection, conséquence inévitable de la déclaration, serait difficilement pratiquée aux champs et qu'à Paris même 20.000 tuberculoses ouvertes nécessiteraient actuellement plus d'un million de désinfections.

Kelsch souligne que la désinfection ne joue qu'un rôle conditionnel. L'adaptation du terrain morbide domine de haut la contagion proprement dite. Il ajoute : « Nous ne diminuerons pas notre rôle ni notre prestige

en affirmant que la prophylaxie de la maladie qui fait les brèches les plus larges dans l'espèce humaine, dépasse de beaucoup les bornes du domaine médical et qu'elle s'enchevêtre dans les questions sociales les plus ardues et les plus complexes de notre époque. »

Pour Lancereau, ce qui importe le plus et « ce qui est le plus pressant dans la lutte antituberculeuse, *c'est de supprimer l'alcoolisme*, le grand pourvoyeur de la tuberculose, ensuite de distribuer partout l'air pur et la lumière, enfin d'instruire les populations de la nécessité vitale de la propreté et de l'hygiène, ensuite on créera pour les tuberculeux pauvres le sanatorium d'altitude où les curables pourront aller se guérir. Il faut supprimer l'alcoolisme, mais il ne faut pas mettre par la déclaration obligatoire « hors de la société ceux qui aujourd'hui déjà ont tant de peine à trouver un asile quand leur mal est connu. »

Six années passent alors durant lesquelles la question de la déclaration obligatoire reste en suspens, le terrible fléau continuant à nous prendre bon an mal an 100.000 existences.

En 1912, devant l'étendue du péril toujours croissant, la lutte contre la tuberculose devient de nouveau l'objet des préoccupations des Pouvoirs Publics et cette année la question de la déclaration obligatoire est posée plus catégoriquement encore. En effet, le 23 avril 1912, l'Académie de Médecine recevait communication de la lettre suivante :

Paris, 18 Avril 1912.

Monsieur le Secrétaire perpétuel,

Le groupe pour la défense contre la tuberculose qui s'est constitué à la Chambre et qui m'a appelé à l'honneur de

le présider, s'est préoccupé dès les premières séances de la déclaration obligatoire.

La déclaration obligatoire existe dans plusieurs grands pays qui ont entamé résolument la lutte contre ce fléau. Je n'ignore pas les objections qu'elle a soulevées dans le corps médical. Vous savez combien elle compte de partisans. Il nous a paru à mes collègues et à moi, qu'avant de procéder législativement, il fallait procéder scientifiquement; en d'autres termes solliciter de l'Académie une nouvelle délibération et un avis motivé.

Je vous serais reconnaissant, etc.

Signé : Joseph REINACH.

Le 8 octobre 1912, M. le Professeur Letulle présenta au nom de la Commission permanente de la tuberculose, à l'Académie, un magnifique rapport où rien de la question n'était oublié et à l'issue duquel, après avoir examiné tous les arguments présentés pour ou contre la déclaration obligatoire, il demandait à l'Académie d'émettre l'avis suivant :

L'Académie de Médecine,

Considérant que la tuberculose, maladie contagieuse, ne peut être combattue avec succès qu'au prix de mesures de prophylaxie générale, tant publiques que privées,

Que les principes supérieurs de la solidarité humaine imposent comme une obligation absolue la déclaration de toute tuberculose ouverte,

Mais que par réciproque, les mêmes principes exigent de la société une incessante mise en œuvre de tous les moyens de préservation et d'assistance antituberculeuse reconnus effectifs,

Que ce devoir d'une aide sociale devient chaque jour plus impérieux pour faire face au fléau bacillaire, frappant, de préférence, les individus les plus dénués de ressources et les familles pauvres, tôt réduites par lui à la misère,

Est d'avis :

I. Il est d'intérêt public que tout cas de tuberculose bacillaire ouverte devienne, une fois le diagnostic médical établi, l'objet d'une déclaration à l'autorité dans des conditions à fixer par une réglementation appropriée;

II. La déclaration obligatoire de la tuberculose ouverte, qu'elle ait été faite avant ou après décès, comportera nécessairement l'application de toutes les ressources de prophylaxie appropriées, en particulier de désinfection;

III. L'Académie estime que l'obligation de la déclaration doit avoir pour corollaire, non moins obligatoire, l'organisation de *l'assistance aux tuberculeux dénués de ressources*.

Le 1^{er} juillet 1913, un an avant la guerre, après 16 séances consacrées à la discussion de ce rapport, l'Académie de Médecine par 45 voix et un bulletin blanc, à la majorité d'une voix, émit l'avis suivant sur la question qui lui était posée par le groupe parlementaire :

1° Il est d'intérêt public que tout cas de tuberculose pulmonaire ouverte soit obligatoirement déclaré sitôt le diagnostic établi;

2° La déclaration sera adressée à un médecin sanitaire, tenu au secret professionnel et qui veillera à l'exécution des mesures de prophylaxie lorsque celles-ci ne seront pas assurées par le médecin traitant;

3° La déclaration entraîne l'obligation pour les Pouvoirs Publics de procurer aux tuberculeux nécessiteux les soins que réclame leur état, ainsi que l'assistance à leurs familles;

4° Lors de la construction de tout hôpital nouveau sur le territoire français, des quartiers bien isolés seront réservés à la réception de tout malade atteint de tuberculose ouverte, proportionnellement au chiffre de la population que cet établissement doit secourir.

La discussion du rapport de M. Letulle avait duré 9 mois, on voit d'après la longueur du débat et le résultat le plus minime qui puisse être obtenu (majorité d'une voix), quelles étaient alors les opinions et la puissance de l'opposition contre la réforme que l'on voulait imposer. Néanmoins le vote de celle-ci était acquis.

En juillet 1918, le Docteur Vidal, d'Hyères, adressa un appel au Parlement sur les mesures de préservation sociale qu'il y aurait lieu de prendre pour combattre la propagation de la tuberculose des organes de la respiration parmi les populations civiles et militaires. Au nombre des conclusions de cette demande figure l'inscription de la tuberculose ouverte des organes de la respiration sur la liste des maladies infectieuses dont la déclaration est obligatoire et comme mesure transitoire, en attendant la promulgation et l'application de cette déclaration, l'obligation de la déclaration des logements ayant été occupés par des malades atteints de tuberculose ouverte des voies respiratoires, non seulement après leur décès, mais aussi après chacun de leur changement de domicile.

Nous arrivons alors à la période actuelle où, considérant les proportions formidables prises par la tuberculose du fait de la guerre, les Pouvoirs Publics sont résolus à entreprendre par tous les moyens possibles la lutte antituberculeuse. Nous avons vu qu'ils ont décidé de commencer cette lutte en demandant par un projet de loi, le 16 janvier 1919, la déclaration obligatoire de la tuberculose avec toutes les conséquences qu'elle entraîne.

PROJET DE LOI

Relatif à la déclaration obligatoire des cas de tuberculose pulmonaire ouverte et à l'allocation d'une subvention aux familles dont le soutien est hospitalisé de ce fait (2).

Le Président de la République Française, Décrète :

Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Président du Conseil, Ministre de la Guerre, par le Ministre de l'Intérieur et par le Ministre des Finances, qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion :

ARTICLE PREMIER. — Tout cas de tuberculose pulmonaire ouverte doit être obligatoirement déclaré dans les huit jours qui suivront l'établissement du diagnostic. La déclaration est adressée par le médecin traitant ou consultant au Service Sanitaire institué à cet effet.

ART. 2. — Le médecin rend compte en même temps si les soins et les mesures prophylactiques sont assurés. A défaut de cette garantie, qu'il appartient au Service Sanitaire de contrôler, le cas échéant, ce Service invite le malade à recourir aux soins du dispensaire et prescrit son hospitalisation si son état et l'absence de soins la rendent indispensable. Il fait procéder, quand il y a lieu, aux désinfections nécessaires.

ART. 3. — Les communes, les départements et l'Etat sont tenus de pourvoir au traitement et à l'hospitalisation des personnes nécessiteuses atteintes de tuberculose et d'accorder une subvention aux familles dont le soutien est hospitalisé comme tuberculeux. Les charges financières sont réparties conformément aux dispositions des articles 27 à 32 de la loi du 14 juillet 1905.

La subvention pécuniaire consiste dans le paiement d'une allocation mensuelle dont le taux est fixé conformément aux prescriptions de l'article 20 de ladite loi.

ART. 4. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application de la présente loi.

(2) *Journal Officiel*, séance du 16 janvier 1919, n° 5555.

ART. 5. — Toute contravention aux articles 1 et 2 ci-dessus, ainsi qu'au règlement à intervenir, sera punie des peines portées aux articles 471 et 474 du Code pénal.

Fait à Paris, le 14 Janvier 1919.

Signé : R. POINCARE.

Pour le Président de la République :

Le Président du Conseil,

Ministre de la Guerre,

Signé : G. CLEMENCEAU.

Le Ministre de l'Intérieur,

Signé : J. PAMS.

Le Ministre des Finances,

Signé : L. L. KLOTZ.

Voici donc une fois de plus la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose posée, plus impérieuse et plus urgente que jamais, en raison des événements survenus.

Ce projet de loi vient d'être discuté et accepté par l'Académie de Médecine, un règlement d'administration publique a déjà été prévu pour son application : Examinons au point de vue médical et hygiénique l'importance et les conséquences de ce projet.

En 1912 et 1913, au cours des discussions du rapport de M. Letulle, les arguments hostiles à la déclaration étaient ceux-ci :

1° *La déclaration lèsera les intérêts individuels.* — Le malade sera lésé le premier dans l'évolution même de son mal puisque, disait Sée, « par son silence seul le médecin rétablit le calme dans l'esprit du malade ». En outre, et s'il s'améliore, le malade est lésé dans son avenir parce qu'il sera considéré comme un paria, sera chassé de partout et ne trouvera de situation lucrative

dans aucun milieu collectif, trop averti du danger, milieu non suffisamment renseigné sur les moyens de défense d'ailleurs fort simples contre ce même danger.

D'autre part, l'intérêt du corps médical est étroitement lié aux intérêts mêmes des malades et des familles. Le médecin vit en effet de son malade qui lui confie tout. Il lui offre en échange en plus des soins dont il l'entoure le secret de la confiance qui lui est faite. C'est le secret professionnel auquel il est astreint par la loi, il ne peut le trahir. Le faire partager avec un médecin sanitaire parfaitement assermenté serait admissible si ce médecin ne devait de par la loi nouvelle appuyer son action sur un certain nombre d'assistants ou d'exécutants administratifs, moins discrets; ce secret risquera fort de devenir un secret de polichinelle.

2° *Intérêts généraux lésés par la réforme.* — La déclaration entraînerait des frais considérables. A voir les grosses dépenses de l'initiative privée et les maigres résultats obtenus, on imagine ce qu'il en coûterait à l'Etat pour réaliser l'assistance nécessaire pour tous les tuberculeux indigents déclarés et la famille, pour construire et entretenir tous les établissements nécessaires avec la désinfection obligatoire des foyers signalés.

Le Professeur Robin, dans ses calculs présentés le 22 octobre 1912, à l'Académie, estimait qu'il fallait au total 215 millions de frais de premier établissement et 209 millions de frais annuels.

3° *La réforme serait inefficace.* — a) La désinfection sera non seulement très coûteuse, mais elle sera en plus excessivement difficile à pratiquer. Le malade dès

l'heure qui suit la désinfection continue d'essaimer les bacilles. Il faudrait que la désinfection soit constamment renouvelée pour être efficace. D'autre part, les résultats obtenus déjà par la lutte antituberculeuse, montrent qu'ils ont été obtenus sans la déclaration et que par conséquent, en intensifiant cette lutte, on pourrait certainement mieux faire.

b) La déclaration serait certes un précieux moyen de lutte, mais ne sera nullement une panacée et restera lettre morte aussi longtemps que l'alcool sévira et que les taudis seront tolérés et l'hygiène sous aucune de ses formes respectée.

c) En outre, même si le budget qui lui est nécessaire pouvait être prévu, l'assistance dont devra bénéficier le déclaré sera irréalisable faute d'un armement antituberculeux suffisant.

En résumé, en 1912-1913, l'état de la question était celui-ci : le vote était acquis. On estimait que la déclaration était scientifiquement désirable, mais on ne croyait pas encore venu le moment d'en faire l'application.

La guerre est survenue depuis et comme le dit M. Léon Bourgeois : « La guerre, en même temps qu'elle est une cause de ruines sans nombre, peut devenir, par l'excès même de la souffrance, la source de nouvelles et fécondes énergies. »

En matière de lutte antituberculeuse, précisément la guerre a entraîné de précieuses conséquences.

Voyons donc quels arguments favorables elle apportera à la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose.

CHAPITRE II

L'ACTION ANTITUBERCULEUSE PENDANT LA GUERRE

Comme pour tant de manifestations de l'activité sociale, la guerre, grâce aux initiatives prises par le gouvernement et au mouvement d'opinion qui les a suivies, a donné à l'action antituberculeuse un essor novateur qui promet de doter prochainement notre pays (3) d'une organisation complète. La guerre a dénoncé de manière plus saisissante le fléau et a accru le péril qui menace l'avenir de notre race; mais en même temps l'élan de solidarité nationale comme les audaces financières qu'il a entraînées permettent de considérer le problème de la lutte antituberculeuse avec une volonté de réalisation dont les premiers gages sont déjà acquis.

Avant la guerre, il n'existait en France dans ce domaine que des œuvres d'initiative privée, des associations de propagande ou des ligues antituberculeuses qui avaient fondé en petit nombre et sans ordre concerté soit des dispensaires, soit des sanatoriums. Les admi-

(3) D^r Léon BERNARD. « L'action antituberculeuse pendant et après la guerre ». *Journal Médical Français*, tome VII bis, n^o 4, décembre 1918.

nistrations publiques, sauf celle de l'Assistance publique à Paris, ne possédaient aucune institution de cette espèce; les pouvoirs publics n'étaient pas intervenus dans l'organisation de la défense du pays contre la tuberculose, les lois ne faisaient pas mention de cette maladie qui à elle seule tuait presque la moitié des Français de 20 à 40 ans. Ainsi, aucun plan d'ensemble, aucune méthode générale n'avaient été dressés. La déclaration obligatoire de la tuberculose avait cédé devant l'opposition des médecins forts de l'insuffisance des mesures prises pour venir en aide aux tuberculeux dénoncés.

La guerre a mis brutalement les autorités civiles et militaires en face du problème de la prophylaxie de la tuberculose et de l'assistance aux réformés pour cause de cette maladie. Tout un plan de lutte antituberculeuse a dû être rapidement édifié et, comme le faisait remarquer récemment un médecin américain, la France a su en quelques années réaliser ce qui ne l'avait été dans d'autres pays qu'en plus de 20 années. Pour estimer à sa juste valeur le développement qu'a pris dans ces dernières années la lutte antituberculeuse en France, il faut mettre en parallèle l'état de l'armement antituberculeux à la veille de la guerre et celui de 1919.

Dans son rapport si documenté sur la loi tendant à instituer des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, M. André Honnorat cite l'enquête de M. Fillassier qui montre exactement la situation en fin 1913. A cette date, 15 départements seulement possédaient des dispensaires, ceux-ci au

nombre de 46, dont 30 pour le département de la Seine: il n'existait d'autre part que 12 sanatoriums populaires, soit 462 lits pour tuberculeux adultes.

Depuis la guerre, un effort considérable a été fait en France tant par les municipalités de certaines villes et l'initiative privée, que par les soins du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire et par le Ministère de l'Intérieur. Le concours de la Commission Rockefeller et de la Croix-Rouge américaine, tant par l'aide financière que par l'exemple basé sur une conviction profonde de l'efficacité de la lutte, n'ont pas peu contribué à cette réalisation.

Dès le mois de mars 1915, M. le Doyen de l'Académie de Médecine Landouzy montrant la gravité du danger public créé par les nombreuses réformes de tuberculeux militaires, proposait à la Commission permanente de la tuberculose du Ministère de l'Intérieur que les tuberculeux ne puissent plus quitter l'armée, sans que leur assistance et leur éducation antituberculeuse ne fussent assurées.

Le 2 avril de la même année, conformément au terme d'un rapport présenté par M. Lorémy, député, au nom de la Commission de l'armée, la Chambre invitait le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour qu'avant leur renvoi dans leurs foyers, les militaires atteints de tuberculose ouverte reçoivent les soins suffisants pour parer aux accidents immédiats de leur maladie et ensuite une éducation antituberculeuse assurant la sécurité de leur famille.

Le 18 octobre 1915, un crédit de 2 millions était inscrit à cet effet au budget du Ministère de l'Intérieur,

crédit qui fut porté en 1916 à 3.750.000 fr. et en 1917 à 5.500.000 fr.

Ces sommes, sous l'impulsion de M. Brisac, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, étaient surtout consacrées à la création de stations sanitaires, sanatoriums de fortune, dans lesquels les tuberculeux militaires faisaient avant leur réforme leur éducation anti-tuberculeuse.

Peu après, le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé organisait des hôpitaux sanitaires régionaux, de sorte qu'à l'heure actuelle, tant dans les stations sanitaires que dans les hôpitaux sanitaires, 11.000 lits sont organisés pour recevoir les tuberculeux.

Le Ministère de l'Intérieur, d'autre part, invitait les préfets à fonder dans tous les départements des *Comités départementaux*, chargés d'assurer l'assistance individuelle pour les réformés tuberculeux et d'organiser autour d'eux la prophylaxie familiale et sociale.

L'action des comités a été coordonnée, dirigée, aidée par le *Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux*, présidé par M. Léon Bourgeois.

Le Comité national, sous la direction de Letulle et de Léon Bernard, était chargé de recueillir, puis de distribuer aux comités départementaux les ressources nécessaires à leur activité. Une somme de 3 milliards a été ainsi recueillie.

Ces comités départementaux, en réalité, ont dû faire à l'improviste la besogne des dispensaires absents ; depuis, 90 dispensaires ont été créés par l'initiative de ces comités.

Pour assurer d'autre part l'isolement des tuberculeux,

le Conseil municipal de Paris, sur l'initiative de MM. Henri Rousselle et Dausset, ouvrait un crédit de 5 millions, grâce auquel 2.250 lits ont pu être organisés dans divers hôpitaux et hospices de l'Assistance publique. Le Conseil général de la Seine votait d'autre part une somme de 3 millions pour la création d'un Office public d'Hygiène sociale, ayant pour but d'organiser immédiatement des dispensaires dans chaque arrondissement, des hôpitaux et des sanatoriums, des œuvres de préservation de l'enfance, etc.

Le Parlement, d'autre part, mettait la lutte antituberculeuse au premier plan de ses préoccupations.

Une loi dont M. Léon Bourgeois a pris l'initiative, a donné aux dispensaires un statut ainsi que le moyen de vivre et de se perpétuer. MM. Honnorat et Merlin ont déposé sur le bureau de la Chambre une proposition de loi édictant les moyens d'entretenir et de créer les sanatoriums. M. Pottevin vient de déposer une proposition de loi visant l'organisation des services départementaux d'Hygiène publique.

On voit par là tout ce qui a été fait pour la lutte antituberculeuse pendant la guerre. Examinons un peu en détail comment a fonctionné cette lutte antituberculeuse, et ce que nous pouvons en tirer pour l'après-guerre.

ARMEMENT : LITS DE SANATORIUM. — COMITÉS DÉPARTEMENTAUX ET DÉCLARATION DANS L'ARMÉE. — DISPENSAIRES. — LITS D'HOPITAUX POUR LES CAS GRAVES (4).

A. *Lits de sanatoriums*. — La direction du Service de Santé fut amenée à réaliser rapidement des hôpitaux et des stations sanitaires. Ces hôpitaux et ces stations totalisent actuellement 11.000 lits. Sur ce nombre, la grande majorité sera utilisable après la guerre. Il pourra en effet être conservé parmi les lits du Service de Santé non seulement les 2.000 lits des sanatoriums existant avant la guerre, mais encore les 1.500 lits de Talant, Gorbio, Campagne-les-Bains, Aspet, Laressore et La Côte-Saint-André.

Il faut compter en plus le Béquet et Vannes qui fourniront encore 620 lits.

Ces ressources offrent déjà 7.000 lits de sanatorium ou tout à fait susceptibles d'en tenir lieu. En outre, M. Léon Bernard signale à l'état de projet ou en voie d'édification les réalisations prochaines dont suit le détail :

La Guiche, en Saône-et-Loire (300 lits), les projets de Plougaven, de Lège, de 3 sanatoriums dans l'Isère, de l'Allier, de la Loire, du Rhône, de la Seine-Inférieure, des Alpes-Maritimes, de l'Aube, des Bouches-du-Rhône, du Doubs, de l'Ain, de la Haute-Garonne, du Var, de l'Eur-et-Loir, de Seine-et-Marne, de l'Ardèche et de la Drôme, de la Savoie et de la Haute-Savoie. Si l'on

(4) HONNORAT. « Rapport ». *Journal Officiel* (Documents parlementaires, n° 3653, page 719 et n° 1863, pages 110 à 125.

ajoute à cette liste le projet d'Angeville-Hauteville, de la Société de Secours aux blessés militaires et celui du Comité londonien de la Croix-Rouge française, on trouve que 24 projets nouveaux sont à l'étude ou en cours de réalisation. En prêtant à chaque nouveau sanatorium une contenance moyenne de 140 lits, cela donne encore plus de 3.000 lits.

Plus de 10.000 lits de sanatorium existeront donc en France après la guerre, auxquels, en cas de besoins urgents, il serait encore possible d'adjoindre transitoirement les 1.800 lits d'hôpitaux sanitaires dont les noms suivent, les conventions passées avec leurs propriétaires ne s'y opposant pas : Legé, Hérouville, les Châprais, Saint-Claude, Vals, Le Puy, Saint-Laurent-du-Pont, Saint-Genis-Laval, Nîmes, Mandelieu et Troyes.

L'armement sanatorial antituberculeux sera donc aussitôt après la guerre de 10.000 lits au moins et, en cas de besoins urgents, de 12.000.

Actuellement plus de 60.000 militaires tuberculeux sont déjà passés dans les hôpitaux sanitaires.

B. Comités départementaux. — Le 21 mars 1916, M. Brisac, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, créait les comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux.

« Ces organismes d'assistance individuelle et de prophylaxie sociale, dit M. Honnorat, jouent dans l'ensemble des moyens de fortune mis en œuvre pendant la guerre, le rôle que joue le dispensaire dans l'armature normale et permanente que nous nous proposons d'édifier contre la tuberculose.

« De même que le dispensaire doit être le lien central

auquel se rattacheront les établissements de traitement et de cure, de même le Comité d'assistance, qui supplée momentanément au dispensaire trop souvent absent et qui en prépare l'avènement, est à la fois l'aboutissant et le point de départ du traitement des anciens militaires tuberculeux. »

A l'exception des départements envahis, ainsi que du Tarn et de la Charente, les comités départementaux avaient déjà en décembre 1917 pris en charge et assisté 23.681 réformés.

C. *Déclaration dans l'armée.* — Les tuberculeux réformés sont signalés aux comités départementaux par les stations sanitaires, et par les hôpitaux sanitaires au Ministre de l'intérieur qui assure la transmission. Afin de pouvoir connaître les tuberculeux réformés avant la création des hôpitaux et stations, c'est-à-dire avant l'organisation de la lutte antituberculeuse de guerre et afin de connaître également ceux que les hôpitaux ou stations sanitaires auraient omis de leur signaler, les comités départementaux ont le droit d'obtenir des bureaux de recrutement les renseignements désirables, ainsi qu'il ressort des prescriptions de la dépêche 437 3/7 du 7 janvier 1918 du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé. Il convient de citer un large extrait de cette dépêche qui marque un progrès important *pour le dépistage des tuberculeux*, sans lequel aucune lutte ne peut être entreprise avec succès (5).

... Quand les renseignements nécessaires aux comités départementaux n'auront pas été communiqués aux préfets et au

(5) Dépêche 437 3/7, du 7 janvier 1918, du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé.

Ministre de l'Intérieur par les médecins-chefs soit des stations sanitaires, soit des hôpitaux sanitaires, ainsi que le prescrivent les instructions en vigueur, les commandants des bureaux de recrutement pourront répondre aux demandes adressées par les préfets touchant les militaires réformés pour tuberculose.

A cet effet, les commandants de recrutement adresseront aux préfets :

1° Une fiche administrative comportant uniquement l'indication de la situation de réforme ;

2° Une fiche spéciale renfermant les renseignements d'ordre médical concernant le motif de la réforme; cette fiche spéciale devra être placée sous enveloppe fermée.

Le préfet transmettra au Comité départemental la fiche administrative et l'enveloppe fermée.

La fiche administrative sera conservée par le Comité, l'enveloppe contenant des renseignements d'ordre médical ne devra être ouverte que par le médecin désigné expressément par le Comité départemental.

D. Dispensaires. — L'ouverture de nombreux dispensaires résulte des dispositions de la loi du 15 avril 1916. Le dispensaire sera le centre de combat étroitement relié avec le domicile du malade, le sanatorium et l'hôpital. Les comités départementaux animés par la déclaration obligatoire militaire ont prouvé leur très réelle efficacité. De même si la déclaration obligatoire de la tuberculose ouverte était votée, le dispensaire, âme de la lutte, recevrait une impulsion dont on ne peut se représenter l'importance qu'en considérant ainsi que nous le ferons plus loin, quelques-uns des résultats obtenus à l'étranger. Il s'est ouvert en France, en 1917, 87 dispensaires, il n'en existait que 34 avant la guerre.

En 1918, il s'en est ouvert encore un grand nombre. On voit donc par là le chemin parcouru pendant quatre ans et les progrès accomplis.

E. *Hôpitaux pour cas graves.* — Les dispensaires secondés par les infirmières visiteuses pour lesquelles on a fondé plusieurs écoles, ne peuvent véritablement fonctionner que s'ils disposent pour les tuberculeux traversant une phase aiguë de leur maladie ou pour les malades graves d'un nombre important de lits d'hôpital bien isolés des lits réservés à la médecine générale ou même installés s'il est possible dans des quartiers spéciaux, sinon dans des pavillons isolés.

L'élan donné actuellement à la lutte antituberculeuse, écrivent MM. J. Brisac et le Docteur Léon Bernard (6), devait avoir sur ce côté de la question sa répercussion.

Le Ministre de l'Intérieur, par des instructions en date du 27 septembre 1916, a demandé à MM. les préfets de bien vouloir s'entendre avec les comités départementaux d'assistance et les commissions administratives des hospices pour poursuivre l'étude de l'amélioration des ressources hospitalières destinées aux tuberculeux. L'Etat s'engage à intervenir dans les frais entraînés par ces améliorations en se servant des crédits affectés à l'assistance aux tuberculeux.

Ces propositions ont vivement intéressé les commissions administratives. Il est juste de dire que ce mouvement avait été précédé par l'exemple de la Ville de Paris, qui avait voté une somme de 5 millions en vue d'édifier des baraquements pour les réformés tuberculeux, augmentant ainsi la capacité des hôpitaux de Paris de 2.250 lits spécialisés.

Plusieurs villes se sont mises à la tâche et dans tout le pays on constate le même effort dans ce sens.

Ainsi donc on voit que le nombre des lits spécialisés est assez imposant et il n'est pas téméraire de dire que plusieurs milliers de ceux-ci sont nés depuis la guerre.

(6) J. BRISAC et LÉON BERNARD. « Les établissements antituberculeux d'après-guerre ».

ÉCOLES DE RÉADAPTATION A LA VIE RURALE. — La question du travail du tuberculeux a fait aussi de grands progrès. On a pensé que le tuberculeux amélioré devait être le plus possible muni d'un nouveau métier plus sain et moins pénible, c'est-à-dire qu'il devait travailler moins qu'un homme bien portant, se reposer plus et gagner assez pour vivre. Dans cet ordre d'idées, des notions d'horticulture ont été données dans un certain nombre de stations et d'hôpitaux sanitaires. Dans l'un de ceux-ci, par exemple, à Campagne-les-Bains (Aude), fonctionne une petite école de réadaptation du tuberculeux à la vie rurale et donne ainsi à ses malades le moyen et le goût d'exercer un métier peu pénible loin de la ville. En outre, dans cet hôpital sanitaire, un journal bi-mensuel de prophylaxie a été fondé qui suit le malade à son foyer, 650 tuberculeux s'y sont abonnés en quatre mois. Le rendement social du tuberculeux amélioré étant diminué mais non négligeable, de véritables écoles de réadaptation vont être créées par les soins du Service de Santé et des départements de l'Intérieur, de l'Agriculture et du Travail. Plusieurs projets existent déjà, plusieurs autres seront réalisés grâce à l'initiative privée. Au premier rang de ceux-ci, il faut mentionner le très important projet de colonie agricole pour tuberculeux du Comité londonien de la Croix-Rouge française.

Ces organismes, dit M. Cantonnet, sont appelés à un développement considérable, car ils répondent à l'une des données sociales du problème antituberculeux (7).

(7) D^r CANTONNET. « Le travail du tuberculeux ». *Archives de Médecine et de Chirurgie militaire*, avril 1917.

Le tuberculeux nécessaire, pris en charge par le dispensaire, pourra donc alors être visité, assisté, conseillé par les monitrices d'hygiène. Son foyer pourra être amélioré, désinfecté, assaini. Suivant son état, il bénéficiera du sanatorium ou de l'hôpital, il pourra même quand il sera amélioré apprendre un petit métier facile et sain et fuir la ville et par la suite être placé.

En résumé, nous voyons combien s'est développée favorablement la lutte antituberculeuse pendant la guerre. Assurément, cet armement antituberculeux dont elle nous a doté n'est point suffisant pour nous permettre d'assister la totalité des tuberculeux, mais il nous permet, d'après les grands progrès obtenus, d'augurer un armement plus complet pour l'avenir.

LA GUERRE ET L'ESPRIT PUBLIC. — Outre l'armement antituberculeux qu'elle nous a apporté, la guerre dans le domaine de la tuberculose, a fait indirectement davantage. Elle a en effet contribué énormément à l'éducation du public sur les grands problèmes de l'hygiène.

A la tranchée, au dépôt, à l'hôpital, on entendit des conférences sur les maladies contagieuses, on causa, on vit les résultats de l'hygiène. Plus particulièrement à l'hôpital et à la station sanitaire, plus de 60.000 tuberculeux apprirent par des causeries et par le fait quotidien ce qu'est la tuberculose, comment on peut la vaincre, et pourquoi il est urgent de le faire. Plus de 110.000 tuberculeux furent réformés qui ont tous su « qu'ils étaient tuberculeux et plus de 110.000 familles conséquemment surent la même chose, laquelle fut redite du plus petit village à la grande ville par un

tel nombre de voix qu'il est devenu de notoriété publique que la tuberculose n'est plus « une maladie de langueur », une « faiblesse de croissance », une « bronchite plus ou moins mauvaise », mais qu'elle est bien la tuberculose, maladie contagieuse évitable. ».

Rien ne le montre mieux que ces 650 malades de l'hôpital de Campagne-les-Bains qui s'abonnent au journal antituberculeux et qui après leur réforme font suivre leur abonnement et sans nulle fausse honte donnent leur adresse au foyer. Tous ces soldats rentrés dans leur foyer parlent et enseignent à leur tour leur entourage. Non seulement l'esprit public sera éclairé par les conversations et les conseils de ces soldats, mais depuis la guerre l'enseignement tuberculeux des foules s'est perfectionné et a pris un essor nouveau. Mieux que nous dans ce sens savaient l'importance de la propagande en France où ils ont tout fait, ces Américains de la Croix-Rouge et de la Commission Rockefeller qui, dans le moment même où la France commençait à prêter attention à la tuberculose, nous ont apporté le fruit de leur expérience. Dès l'abord, ils ont placé la propagande au premier plan de leur action : tracts, brochures, causeries, conférences, tournées cinématographiques effectuées en grand nombre dans le XIX^e arrondissement qu'ils ont choisi pour leurs essais urbains, ainsi que dans l'Eur-et-Loir qui représente le champ de leur essai départemental. Tout ceci en suivant cet exemple sera à continuer et à perfectionner encore.

Nous voyons que depuis la guerre, la France antituberculeuse s'est instruite, elle est beaucoup plus forte qu'avant-guerre, et beaucoup mieux armée. Pendant

la guerre, la déclaration obligatoire de la tuberculose a rendu les plus grands services dans l'armée, elle a été acceptée volontiers et c'est grâce à elle que cette lutte antituberculeuse a pu être menée à bien. Aussi il semble donc, devant de tels résultats, que le moment est venu aujourd'hui que nous voulons lutter à tout prix contre ce terrible fléau, de demander le vote de la déclaration obligatoire de la tuberculose sans laquelle aucune lutte ne peut être vraiment efficace.

CHAPITRE III

ARGUMENTATION

Que reste-t-il aujourd'hui des anciens arguments contre la déclaration obligatoire de la tuberculose? Le projet de loi déposé par le gouvernement aux Chambres vient d'être accepté par l'Académie de Médecine après discussion du rapport de M. le Professeur Bezançon.

Sans vouloir rapporter ici tous les arguments qui ont été invoqués contre cette déclaration où tout a été dit, nous étudierons les plus forts, ceux que l'on retrouve partout dans toute la discussion et nous verrons comment on peut y répondre.

Nous pouvons classer les objections faites en deux catégories :

- 1° D'ordre médical ;
- 2° D'ordre social.

OBJECTIONS D'ORDRE MÉDICAL (8) :

I. La déclaration obligatoire viole le secret professionnel :

I (bis). On dit que le secret professionnel est plus

(8) BEZANÇON. « Discussion du Rapport sur la Déclaration obligatoire de la Tuberculose ». *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 1919, tome LXXXI, pages 264, 333, 413, 448, 526, 563, 615, 659.

important pour la tuberculose que pour les autres maladies à cause de la chronicité de celle-ci et des conséquences sociales que peut avoir pour le malade le fait qu'il est reconnu tuberculeux. Mais en présence du danger social qu'est la contagion de la tuberculose, cette objection ne doit pas peser davantage que pour la déclaration obligatoire des autres maladies épidémiques, laquelle est admise, bien que les ravages de celles-ci soient beaucoup moins considérables que ceux de la tuberculose. D'ailleurs la déclaration sera faite par un médecin à un médecin. Ce dernier, le médecin sanitaire serait indépendant des administrations municipales ou préfectorales.

Les malades qui désireront garder autant que possible le secret de leur maladie n'auront qu'à prendre individuellement et sous la direction de leur médecin les mesures prophylactiques nécessaires.

Les autres, c'est-à-dire la classe la plus nombreuse des tuberculeux indigents, ne sont pas rebelles à une déclaration de leur maladie pourvu qu'on leur assure les bénéfices de cette déclaration, c'est-à-dire les mesures prophylactiques nécessaires par le moyen des dispensaires, des sanatoriums ou de l'hôpital. En pratique, ces tuberculeux se déclarent le plus souvent d'eux-mêmes en demandant leur admission dans les différentes institutions antituberculeuses. Mais il reste un grand nombre de négligents, qui ne protestent aucunement contre une telle déclaration, mais pour lesquels la déclaration sera le point de départ de toutes les mesures nécessaires.

Vouloir garder le secret de sa tuberculose, c'est pour

le malade riche ou pauvre le renoncement complet à tous les moyens de cure spéciale, sanatorium, dispensaire ou hôpital spécial, pour lequel le seul fait d'en bénéficier est une déclaration formelle. L'expérience a d'ailleurs été faite depuis 1916 pour tous les tuberculeux militaires réformés pour tuberculose. Après leur réforme, la déclaration est envoyée officiellement par le centre de réforme aux comités départementaux établis pour la lutte contre la tuberculose. Des milliers de déclarations ont été ainsi faites depuis l'année 1916; les tuberculeux ainsi déclarés ont profité de toute l'organisation antituberculeuse et ils n'ont jamais protesté contre la divulgation du diagnostic de leur maladie.

II. La déclaration crée un préjudice au médecin déclarant; elle peut être l'origine de poursuites judiciaires de la part des malades signalés :

II (bis). La déclaration étant faite à un médecin dépositaire lui-même du secret professionnel, ne peut avoir d'effet fâcheux pour le médecin déclarant. D'autre part nous venons de voir que la plus grande partie des tuberculeux, c'est-à-dire ceux de la classe populaire, ne font pas d'objections à la déclaration. Quant à ceux de la clientèle riche ou aisée, il leur appartient de prendre individuellement les mesures nécessaires sous le contrôle hygiénique du médecin. Pour établir dans la famille du malade une prophylaxie qui doit vaincre souvent bien des préjugés, le médecin aura précisément pour l'aider l'obligation légale. D'autre part, on ne pourra poursuivre le médecin s'il faisait une erreur de diagnostic et déclarait un tuberculeux qui ne l'était pas,

lui portant ainsi préjudice, le diagnostic étant établi par la recherche du bacille, celle-ci devant être faite par un laboratoire compétent, le médecin traitant sera ainsi toujours couvert.

OBJECTIONS D'ORDRE SOCIAL

I. La déclaration obligatoire à un médecin sanitaire peut-elle entraîner un seul dommage pour le tuberculeux. On dit « Vous allez stigmatiser le tuberculeux, le marquer publiquement et en faire un paria dans la société » :

I (bis). Si la tuberculose n'est plus à l'heure actuelle la maladie qu'il faut à tout prix cacher et si beaucoup de tuberculeux n'hésitent plus à entrer au sanatorium au risque de dévoiler la nature de leur maladie, il est bien réel que dans les milieux aisés, les familles seraient hostiles à l'application de la loi si la déclaration risquait de nuire aux tuberculeux et à ses proches. On peut rassurer les familles des malades sur ce point. La loi projetée spécifie nettement que le médecin traitant aura toujours le droit de rendre compte, en même temps qu'il fera la déclaration, que les soins sont donnés et les mesures de prophylaxie assurées. Le tuberculeux aisé n'a donc à redouter ni visite indiscrete du médecin sanitaire ou de l'infirmière visiteuse, ni divulgation de sa maladie par une désinfection ostensiblement opérée. Vis-à-vis de lui, l'effet de la loi consistera uniquement en ce que le cas de tuberculose sera signalé au médecin sanitaire, lequel se bornera à l'enregistrer; le nom du malade ne sera l'objet d'aucune transmission à l'auto-

rité civile, municipale ou préfectorale; il ne sera tenu compte du cas que numériquement, au point de vue statistique.

Dans les milieux pauvres, il est certain que par suite de l'intervention des infirmières visiteuses, des indiscretions peuvent être commises. Mais les conséquences de celles-ci n'ont certainement pas la gravité qu'on leur attribue et les inconvénients qui en résultent ne peuvent être mis en balance avec les avantages qui doivent résulter pour le tuberculeux de l'application de la loi. On peut affirmer que dans les milieux pauvres, la divulgation du diagnostic n'est que rarement à redouter. Les tuberculeux des consultations et des services hospitaliers n'hésitent pas à aller au dispensaire; ils réclament impérieusement leur admission dans les services spéciaux de tuberculeux, dans les sanatoriums, sans se soucier d'être, comme on l'a dit, des stigmatisés de ce fait.

Le Docteur Courcoux signalait récemment qu'à Tours les tuberculeux réformés venaient librement aux œuvres d'assistance sans crainte de se disqualifier et faisaient pour elles une propagande active. Dans certaines usines où l'on avait créé des sections pour les femmes tuberculeuses, celles-ci n'hésitaient pas à s'y faire inscrire pour bénéficier d'une réduction d'heures de travail et éviter le travail de nuit.

Le Docteur Brault cite le fait suivant qui en dit long sur la mentalité nouvelle des ouvriers en matière de tuberculose. Dans une importante maison commerciale, le chef de l'établissement avait proposé à tous ses employés de subir un examen médical afin d'envoyer dans

un sanatorium tous ceux qui seraient reconnus tuberculeux : aucun ne refusa l'examen.

Pour la plupart des tuberculeux pauvres, la loi loin d'être vexatoire sera bienfaisante. S'il s'agit de tuberculeux ayant encore des ressources suffisantes pour continuer à se soigner chez eux, la déclaration pourra avoir comme conséquence le placement des enfants à la campagne, l'obtention de secours en nature, l'assainissement du logis. S'il s'agit d'indigents, elle fera cesser la lamentable situation actuelle qui laisse trop souvent le tuberculeux à la porte de l'hôpital et lui fait attendre parfois de longs mois son admission au sanatorium.

II. La désinfection, suite nécessaire de la déclaration obligatoire est, sous sa forme actuelle :

1° Inutile, parce qu'elle ne supprime pas la source de contagion qui est le malade et son expectoration ;

2° Nuisible, parce qu'elle signale au public l'existence d'une maladie contagieuse dans la famille ou l'établissement.

II (bis). On a beaucoup exagéré les nécessités de l'application de la désinfection. Cette désinfection se ferait le plus souvent de la façon la plus discrète soit par le malade lui-même, soit par les soins du dispensaire, s'il s'agit d'un indigent. D'autre part, les désinfections à grand appareillage, personnel nombreux, vaporisation antiseptique ne sont pas la partie la plus importante des mesures prophylactiques, elles seront d'ailleurs certainement abandonnées ou en tout cas ne devront être appliquées qu'après décès ou après chan-

gement de domicile d'un tuberculeux non contagieux. Dans la pratique courante, c'est l'usage du crachoir, la désinfection de celui-ci et du linge, c'est la propreté et les précautions prises journellement par le malade sous la direction du médecin ou des visiteuses du dispensaire qui assureront la prophylaxie nécessaire.

III. La déclaration obligatoire de la tuberculose : 1° N'est pas réalisable chez nous si l'on s'en rapporte à l'expérience au sujet de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses visées par la loi de 1902 et qui est souvent restée lettre morte; 2° La déclaration, si elle doit ne pas avoir de sanction, est inutile, superflue et vexatoire.

III (bis). Assurément, si la déclaration devait rester lettre morte, il vaudrait mieux s'abstenir, mais il faut espérer qu'il n'en sera pas ainsi.

La sanction à l'obligation, telle que le dit le projet, paraît à ce sujet très nette : « La déclaration aura pour conséquence d'assurer à tous les malades atteints de tuberculose ouverte, non seulement tous les soins dont ils ont besoin, mais encore et surtout d'assurer le nécessaire à leur famille ou à tous ceux dont ils sont le soutien ». C'est là l'engagement solennel pris par le gouvernement dans le 3^e article de la loi.

IV. Il y aura toujours un certain nombre de réfractaires. « Jamais un tuberculeux déclaré ne sera envoyé contre son gré dans un hôpital ou dans un sanatorium ».

IV (bis). Assurément cette question des réfractaires doit se poser, nous avons vu des quantités de gens qui

refusaient de quitter leur famille ou qui après l'avoir quittée y revenaient presque aussitôt, devenant ainsi « le meurtrier inconscient » de leurs enfants et de leur femme.

Ils refusaient de quitter leur famille ou ils y revenaient trop tôt non complètement guéris parce qu'ils savaient que la misère régnait à la maison.

Aujourd'hui, il n'en sera plus de même, le déclaré que l'on envoie se soigner dans un hôpital ou dans un sanatorium aura la certitude qu'en s'éloignant de sa famille, il ne la laisse point dans le besoin.

Cette question d'ailleurs du réfractaire ne doit se poser que pour la classe pauvre; pour le riche qui peut se soigner lui-même, elle ne se pose pas, la déclaration, nous l'avons vu, n'étant chez lui qu'un but de statistique.

V. La déclaration sera inutile aussi longtemps que l'organisation antituberculeuse de la France sera aussi incomplète.

V (bis). Depuis les trois dernières années, ainsi que nous l'avons montré lorsque nous décrivions la lutte antituberculeuse pendant la guerre, grâce aux efforts des ministères de la Guerre et de l'Intérieur, grâce à l'action combinée de la Commission Rockefeller et de la Croix-Rouge américaine, l'armement antituberculeux a pris un développement remarquable; les dispensaires, hôpitaux, sanatoriums, se sont multipliés dans toute la France. Cette organisation encore très insuffisante, se complètera rapidement par le fait de la déclaration

qui, mettant en évidence le péril, permettra d'exiger et d'obtenir des pouvoirs publics le maximum d'efforts.

VI. La déclaration entraînera des dépenses énormes, celles-ci hors de proportion avec le bénéfice qui peut en résulter.

VI (bis). Cette critique ne s'applique pas à la loi de déclaration; que celle-ci soit votée ou non, la loi sur les sanatoriums, la loi sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse sont votées ou actuellement en discussion et ce seront elles qui entraîneront les dépenses. D'autre part, ces dépenses entraînées, nous le verrons tout à l'heure, peuvent être supportées par l'Etat, qui ne doit rien négliger puisqu'il s'agit de l'avenir de notre race.

VII. Le résultat le plus certain de la loi sera de créer de nouveaux fonctionnaires inutiles.

VII (bis). Les médecins sanitaires, ainsi que le prévoit le projet de loi, devront être recrutés parmi des hygiénistes compétents, nommés au concours et ne faisant pas de clientèle, soumis à aucune influence locale, ne dépendant que d'un Ministère de l'Hygiène ou des Pouvoirs Centraux. Dans ces conditions, les meilleurs résultats pour la lutte antituberculeuse seront obtenus. Si, au contraire, ces médecins étaient nommés par influence politique, on assisterait à un désastre pour la lutte antituberculeuse, à un recul de la loi et à une opposition justifiée des populations et du praticien.

CHAPITRE IV

LA DÉCLARATION A L'ÉTRANGER

La déclaration obligatoire existe déjà dans plusieurs pays à l'étranger et qui en ont déjà tiré les plus grands avantages.

La *Suisse* a la déclaration obligatoire.

Elle existe en *Norvège* depuis dix-huit ans. La mortalité qui était en 1901 de 1.569 est tombée à 976 en 1912.

Le *Danemark* en bénéficie également et sa lutte anti-tuberculeuse passe pour être la plus parfaite des organisations d'Etat. La mortalité est tombée de 3 % en 1890 à 1,52 en 1909.

En *Suède*, la loi est contrôlée par 20 médecins inspecteurs et 100 médecins de district (9).

En *Allemagne*, il reste peu d'Etats où la déclaration ne soit pas encore obligatoire. La responsabilité en incombe au médecin, au chef de famille, au malade et dans la Prusse, en cas de décès, au propriétaire de l'immeuble. Les assurés sont tenus de déclarer leur tuberculose à leur groupe d'assurance.

(9) « La mortalité par tuberculose à l'étranger ». *Office International d'Hygiène Publique*, année 1915, pages 662, 953, 1861, 516.

En *Ecosse*, sous l'impulsion du Docteur Phelip, la déclaration est un fait accompli depuis 1907. Le système est le suivant, le voici tel qu'il est décrit dans le rapport de M. le Professeur Letulle :

En *Angleterre*, dit M. Letulle, « le principe de la déclaration s'est imposé graduellement. Dès 1908, ce principe était appliqué aux malades pauvres hospitalisés dans les établissements de bienfaisance et aux indigènes soignés par les médecins sanitaires. En mars 1911, l'obligation fut étendue à tous les malades internes et externes des hôpitaux et dispensaires. Huit mois plus tard, le 1^{er} janvier 1912, la déclaration était décrétée pour tout praticien soignant ou visitant un malade atteint. Le médecin doit faire par écrit sa déclaration au médecin sanitaire de sa circonscription. Ce dernier qui est en définitive la cheville ouvrière de l'opération administrative, inscrit d'office sur un registre spécial, les renseignements confidentiels qui lui sont de la sorte adressés et dont il est rigoureusement responsable. Le secret professionnel est cependant adouci puisque le registre peut être consulté par les médecins inspecteurs des écoles et par les médecins municipaux. L'Office Médical de Santé établit sur ce livre les actes ou démarches qu'il a dû faire pour chaque malade.

Toute liberté lui est laissée, ainsi qu'à ses agents, pour surveiller ou faire prendre les mesures propres à assurer la prophylaxie antituberculeuse. Il peut, s'il le juge nécessaire, visiter le malade, conjointement avec le médecin traitant. Aucune mesure coercitive ou vexatoire ne peut être employée à l'égard des malades non plus qu'envers leur entourage.

La loi anglaise, par réciprocité, accorde une très large assistance aux tuberculeux nécessiteux.

La déclaration obligatoire existe au *Brésil*.

Les *Etats-Unis* qui, sous l'impulsion des Professeurs Biggs et S. Muller, peuvent être considérés comme ayant organisé un modèle de lutte antituberculeuse, en tirent des avantages considérables depuis 1894.

Les trois Etats de New-York, Philadelphie et Boston ont eu en effet en moyenne, pendant 70 ans, de 1812 à 1881, 42 décès par tuberculose pour 10.000 habitants. En 1882, le bacille était découvert par Koch et la désinfection fut dès lors progressivement pratiquée : de 1882 à 1894, la mortalité tomba de 38 à 26 % pour 10.000. La déclaration obligatoire, promulguée en 1894, a permis, depuis, de retrouver les foyers de chaque nouvelle propagation. En 1912, la mortalité n'était plus que de 16 pour 10.000. Conclusion : en 70 ans, aucun résultat; en 18 ans, le bacille combattu et la maladie déclarée, gain de 60 %.

Cette déclaration aux Etats-Unis est mise en pratique en application du texte suivant, actuellement en vigueur :

*Loi destinée à la déclaration de la tuberculose
et à l'examen des crachats :*

ARTICLE PREMIER. — La tuberculose, infectieuse et contagieuse, est dangereuse pour la santé publique. Il est donc du devoir de chaque médecin de faire une déclaration écrite à l'officier de santé avec le nom, l'âge, la nationalité, la profession et l'adresse de la personne soignée pour la première fois par ce médecin et atteinte de tuberculose pulmonaire ou autre forme contagieuse de la tuberculose et ce, dans un délai de huit jours une fois la maladie reconnue. Il est

également du devoir de l'officier de Santé principal, chargé de tous les hôpitaux, dispensaires, asiles et autres établissements publics ou privés dans ladite localité, de faire un rapport des noms, âges, sexes, nationalités, professions et adresses des malades atteints de tuberculose pulmonaire ou autre forme contagieuse de tuberculose qui sont tenus par lui en observation ou soignés par lui, et ce dans un délai de 8 jours.

ART. 2. — L'officier de Santé fera ou fera faire, sur la demande du médecin traitant ou du chef de service de n'importe quel hôpital ou dispensaire, un examen au microscope des crachats de toute personne ayant des symptômes de tuberculose, examen qui sera accompagné d'une formule donnant l'âge, le sexe, la nationalité, la profession et l'adresse du malade. Il fera immédiatement un rapport gratuit au médecin ou au chef de service qui aura demandé cet examen.

ART. 3. — En conséquence des articles 1 et 2, l'officier de Santé du ressort fera inscrire sur un registre les déclarations et résultats d'examens que ces articles imposent. L'officier de Santé sera responsable de ce registre, qui sera uniquement à la disposition du Service de Santé du ressort.

L'officier de Santé, ni aucun membre de son personnel, ne devront laisser commettre, au point de vue de la déclaration et du dossier conséquent, aucune révélation de nature à permettre d'identifier le malade, sauf dans les cas où la loi l'exigerait.

ART. 4. — Les instructions imprimées indiquant les méthodes à employer dans chaque cas pour éviter la propagation de la maladie seront envoyées, sous la responsabilité de l'officier de Santé, au médecin qui fait la déclaration, même si celui-ci oublie de les demander.

ART. 5. — L'officier de Santé sera prévenu du décès ou du départ d'un malade atteint d'une forme contagieuse de tuberculose par le médecin traitant. S'il n'y a pas eu de médecin traitant appelé ou que celui-ci soit absent, il appartient au propriétaire, au locataire, à l'occupant ou à toute personne responsable des appartements ou locaux, de prévenir l'officier de Santé du décès ou du départ en question.

Ceux-ci seront désinfectés aux frais de l'Etat ou aux frais du propriétaire si celui-ci préfère, dans les conditions requises par le Service de Santé, et ils ne pourront pas être occupés avant que cette désinfection ne soit faite.

ART. 6. — Il sera du devoir de chaque personne soignant un malade atteint de tuberculose, aussi bien que des autorités, des institutions publiques et privées et des dispensaires, de respecter et de faire appliquer les règles sanitaires du Département de Santé pour empêcher la propagation de la tuberculose.

ART. 7. — Dès que la guérison d'un malade atteint de tuberculose aura été établie, pour l'état duquel une déclaration avait été faite au Département de Santé par le médecin traitant, la déclaration de cette guérison devra être enregistrée et de ce fait le malade sera déchargé de toutes obligations imposées par la loi.

ART. 8-9. — Toute personne violant l'une des clauses de cette loi, preuve faite, sera considérée comme coupable de négligence et punie d'une amende n'excédant pas 125 fr. Les lois antérieures sont abrogées.

Pour la mise en application de cette loi, le Département d'Hygiène de l'Etat de New-York, dont le budget était en 1912 de 15 millions, dispose d'un nombre important de fonctionnaires responsables. Sans vouloir donner le détail du fonctionnement général de la lutte antituberculeuse à New-York, décrivons seulement le *système de la double carte*, par lequel est mise en pratique la déclaration.

Le médecin traitant qui dispose des laboratoires d'hygiène pour y faire pratiquer tous les examens nécessaires, à condition que chaque demande d'examen soit accompagnée des nom, âge, sexe et adresse du suspect, rédige sa déclaration en remplissant une carte imprimée qui lui est délivrée par le Département d'Hygiène.

Le Département lui retourne une carte par laquelle il lui est demandé s'il prend la responsabilité des mesures prophylactiques qui devront être prises, ou si, au contraire, il désire que le dispensaire intervienne. Le médecin n'a qu'à répondre par oui ou par non. Il confie son client au dispensaire chaque fois qu'il prend conscience qu'il ne peut, par ses seuls conseils, obtenir la désinfection, l'assainissement et l'hygiénisation du foyer suffisantes pour que la collectivité soit protégée. Il fait de même aussi souvent qu'il estime ne pouvoir faire obtenir à son client, par sa seule intervention, l'assistance au sanatorium, à l'hôpital, à la colonie, ou le secours à la famille.

En résumé, un grand nombre de pays ont institué la déclaration obligatoire de la tuberculose et partout des résultats meilleurs ont été obtenus depuis contre le fléau. Il faut donc en conclure que la déclaration obligatoire est incontestablement la base de toute prophylaxie antituberculeuse, mais que pour qu'elle produise ses effets, il faut qu'elle soit le déclenchement d'une organisation et d'une tactique sanitaire capables d'opposer, autant que les prévisions humaines et scientifiques le permettent, une entrave énergique à la propagation de la maladie.

CHAPITRE V

ÉVALUATION FINANCIÈRE

I. — Évaluations anciennes

L'assistance aux tuberculeux nécessitera des frais de premier établissement et des frais annuels. Nous ferons un bref exposé des évaluations anciennes et nous montrerons que ces évaluations peuvent être actuellement atténuées :

En 1889, une commission fut instituée au Ministère de l'Intérieur. « Elle élabora, dit le Professeur Robin, le projet de loi qui appliquait strictement à notre pays les principes allemands, faisaient du sanatorium la base inébranlable sur laquelle doivent s'appuyer tous les efforts de la lutte antituberculeuse. » Des économistes autorisés déclaraient alors que les frais de premier établissement toucheraient presque le milliard et les frais d'entretien près de 800 millions (10).

En 1893, au cours de la campagne qu'il entreprit contre les projets de cette Commission, M. Robin se livra à des calculs qui lui permirent de réduire les frais de premier établissement à 750 millions et les frais d'entretien à 312 millions.

(10) ROBIN. « Discussion du Rapport de M. le Professeur Letulle sur la déclaration obligatoire de la Tuberculose ». *Bulletin de l'Académie de Médecine*, tome LXVIII, page 318.

En 1912, M. Robin présenta devant l'Académie de Médecine un rapport dans lequel il s'élevait contre la déclaration obligatoire. Son principal argument était d'ordre budgétaire. Il calculait alors de la manière suivante :

Les frais minima de premier établissement comprennent la construction et l'installation dans toute la France de sanatoriums pour les tuberculeux curables et d'hôpitaux pour les malades plus avancés et les fonds nécessaires pour créer au moins dans tous les chef-lieux de département et d'arrondissement des centres de désinfection.

On peut calculer, en restant au dessous de la vérité, qu'il y a en France 500.000 tuberculeux, en y comptant les tuberculeux non pulmonaires. Défalquons les individus aisés, pouvant faire les frais de leur hospitalisation et de leur désinfection (125.000), il reste 375.000 sujets dont la collectivité doit assurer l'hospitalisation pour $\frac{1}{3}$ 125.000 et la désinfection avec l'assistance pour 250.000.

Pour l'hospitalisation, il ne faudra pas moins de 50.000 lits, soit 4.000 fr. par lit, une première mise de fonds de 200 millions. La création de 355 centres de désinfection coûtera 12 millions, d'où, en ne demandant que ces deux organismes, un fond de premier établissement s'élevant à 212 millions (2).

Les principaux frais d'entretien se décomposent de la manière suivante :

50.000 lits avec une dépense moyenne de 4 fr. par jour exigeront par an 73 millions.

(2) *Journal Officiel*. Séance du 16 janvier 1919, n° 5555.

Pour calculer l'ensemble des secours aux familles que l'hospitalisation de leur chef plonge dans la misère, il faut compter que sur 100 hommes au-dessus de 20 ans, 80 % sont mariés. Il n'y aura lieu d'assister que 80 % des familles dont le chef est hospitalisé. Réduisons cette assistance à 1 fr. par jour; coût : 36 millions. En supposant que pour les familles des non hospitalisés 0 fr. 50 par jour ne soit pas une assistance de famine, de ce chef encore 36 millions.

Il semble qu'il y ait ici une erreur par excès. Le chiffre de 36 millions est basé sur une allocation journalière de 1 fr. à 100.000 familles. Le nombre des lits prévus n'étant que de 50.000, l'allocation ne serait à prévoir que pour 80 % d'entre elles, soit 40.000, et se réduirait à $40.000 \times 365 = 14.600.000$, soit 21.400.000 à déduire des prévisions.

Les frais d'une désinfection mensuelle — qui serait le minimum — pour les 250.000 tuberculeux non hospitalisés peuvent être évalués à 10 fr. pour celles qui ont lieu dans les chefs-lieux et dans leur voisinage et à 15 fr. pour les localités éloignées, ce qui donne pour le tout 37 millions. Les frais de blanchissage et de désinfection hebdomadaire du linge comptés au taux de 1 fr. 25 par semaine s'élèveront à 8 millions et ceux des fonctionnaires à 3 millions.

Au total, 200 millions à inscrire chaque année au budget de la tuberculose.

Les évaluations anciennes se montaient donc à :

1889.	1 milliard	800 millions
1893.	750 millions	312 millions
1912.	215 millions	209 millions

Les sommes prévues au cours de ces différentes estimations avaient donc baissé en 23 ans de 80 % en ce qui concerne les frais de premier établissement et de 78 % pour les frais d'entretien.

Il semble bien qu'aujourd'hui, en se basant sur des exemples fournis par l'étranger, il soit possible de tabler sur des dépenses beaucoup plus réduites encore, la lutte antituberculeuse n'étant plus confondue avec le développement exagéré du sanatorium et la guerre ayant déjà permis, dans une proportion importante, l'accroissement de notre armement hospitalier.

II. — Prévisions actuelles

Nombre des tuberculeux en France. — En 1912, le Docteur Sillonille donnait une estimation de 700.000, y compris les tuberculeux non pulmonaires. Le Professeur Robin qui citait ce chiffre acceptait de le ramener à 500.000. Nous baserons nos calculs sur ce chiffre, bien que celui-ci sera augmenté très certainement au lendemain de la guerre, du fait des entassements multiples, de l'accroissement de l'exode rural et surtout du fait des très nombreux rapatriés tuberculeux. Par contre ce chiffre comprend les non pulmonaires et les pulmonaires fermés dont l'actuel projet de loi ne prévoit pas la déclaration. Ceux-ci représentent un nombre considérable de tuberculeux qui ne seront pas déclarés, qui seront les plus légèrement atteints et pour lesquels une forme quelconque d'assistance ne sera pas immédiatement nécessaire. Nous compterons donc avec 500.000 tuberculeux.

I. — Frais de premier établissement

a) *Lits de sanatoriums et d'hôpitaux.* — Les statistiques de la ville de New-York, laquelle bénéficie de la déclaration obligatoire depuis 1894, donnent des chiffres peu variables, qui oscillent autour des chiffres fournis en 1916. Cette année représente une moyenne dont on peut s'inspirer.

En 1916, 33.595 tuberculeux sont inscrits dans les différents dispensaires de la ville. Un tiers des déclarés refusent l'assistance du dispensaire, 23 % des inscrits. c'est-à-dire de ceux qui acceptent cette assistance, doivent être dirigés sur les hôpitaux ou les sanatoriums, soit 6 % sur le sanatorium, 17 % sur les hôpitaux.

Si nous acceptons une semblable base de raisonnement et que nous supposions en France 500.000 tuberculeux déclarés, les deux tiers, soit 332.000 malades, seraient assistés.

Sur ce chiffre, 23 %, soit 76.000, auraient besoin d'une hospitalisation quelconque. Admettons même que les hospitalisés soient 80.000 et même 90.000, il semble bien que la durée moyenne des hospitalisations ne doive pas être de plus de quatre mois.

Ces chiffres imposeraient un armement antituberculeux, sanatorial et hospitalier de 30.000 lits.

Un certain nombre de ces lits sont déjà aménagés. Depuis la guerre, d'une part, déjà, des lits hospitaliers nouveaux, spécialement réservés aux tuberculeux, ont été créés ou sont en voie de l'être au nombre de 3.000 à 5.000, au moyen de baraquements ou de pavillons d'isolement dans certaines villes. Citons seulement les

3.000 lits de la Ville de Paris, les lits de Lyon, les lits américains d'Eur-et-Loir, le pavillon de 300 lits à Nice, etc. D'autre part, les projets signalés par M. Léon Bernard cités plus haut, auxquels il faut ajouter le projet d'Angeville-Hauteville, de la Société de Secours aux blessés militaires et celui du Comité londonien de la Croix-Rouge française, soit 24. projets à l'étude ou en cours de réalisation, donneront plus de 3.000 lits de sanatoriums. On peut donc compter sur un minimum de 6.000 lits réalisés ou à réaliser sans frais pour l'Etat.

En second lieu, nous l'avons vu, le Service de Santé et l'Assistance Publique ont créé des hôpitaux sanitaires qui totalisent actuellement 11.000 lits. La grande majorité de ces lits sera utilisable après la guerre. Il pourra en être conservé environ 7.000. Sur ce nombre, le Service de Santé fournira non seulement les 2.000 lits des sanatoriums existant avant la guerre et qu'il occupe, mais encore les 1500 lits des hôpitaux de Talant, Gorbio, Campagne-les-Bains, Aspet, Laussore et La Côte-Saint-André, qui constituent des lits sanatoriaux. Le Béquet et Vannes fourniront encore 620 lits.

A ces ressources, il est encore possible d'adjoindre les 1.800 lits d'hôpitaux sanitaires du Service de Santé, dont les noms suivent. Ces locaux, que les conventions passées avec leurs propriétaires permettent de conserver, offrent encore, sans être de premier ordre, de précieuses ressources : Légé, Hérrouville, Le Chaprais, St-Claude, Vals-le-Puy, St-Laurent-du-Pont, St-Genis-Laval, Mandelieu et Troyes.

Parmi tous ces immeubles, les uns appartiennent à l'Etat, les autres prêtés temporairement ou loués, sont

susceptibles d'être acquis à peu de frais ; on peut estimer qu'il suffirait de dépenser 4.000.000 pour achever de se procurer, en toute propriété, les 9.000 lits qui viennent d'être énumérés.

Il reste donc à aménager aux frais de l'Etat 15.000 lits de tuberculeux.

D'ailleurs la création de ces lits supplémentaires ne sera pas immédiatement nécessaire du fait de la loi. Celle-ci devra être appliquée pendant plusieurs années avant que n'apparaissent la totalité des besoins prévus ici.

Au taux unitaire de 4.000 fr. prévu par le Docteur Robin, leur installation coûterait 60 millions.

Il est possible de réaliser un prix plus bas : les Départements de la Guerre et de l'Intérieur ont pu, en effet, obtenir des conditions économiques beaucoup plus avantageuses en évitant autant que possible de construire des bâtiments neufs, mais en aménageant des constructions existantes, tels que châteaux, domaines situés en pleine campagne et dont les propriétaires consentent à se défaire à des prix avantageux. C'est ainsi que l'Intérieur a pu parvenir à réaliser les lits de ses stations, très suffisantes et souvent parfaites, pour un prix moyen inférieur à 2.000 fr. et cela pendant la guerre. Néanmoins l'adaptation de locaux préexistants n'est pas toujours possible et, dans certains cas, il faudra construire. On peut ramener le prix moyen du lit à 3.000 fr., soit une économie de 15 millions sur l'ensemble de la dépense.

En résumé, il y a lieu de prévoir pour la constitution des 30.000 lits une dépense de $4 + 60 = 64$ millions,

sur lesquels 15 millions peuvent être économisés par la méthode qui consiste à rechercher des propriétés à vendre à bon compte et à les aménager.

b) Dispensaires. — Un grand nombre de dispensaires publics et privés se sont ouverts et s'ouvriront en exécution de la loi d'avril 1916. Le dispensaire constitue une arme de la plus grande valeur dans la lutte anti-tuberculeuse et dont le fonctionnement est étroitement lié à la déclaration obligatoire de la tuberculose qu'il rend possible et dont il bénéficie.

Les dispensaires sont des organismes relativement peu coûteux. De nombre et de dimensions fort variables, 400 à 500 nouveaux sont prévus. Pour ceux-ci, il semble qu'une subvention de 10.000 francs représentant en moyenne le tiers ou la moitié des frais de premier établissement sera suffisante.

Ci. Subvention de 10.000 fr. à 500 dispensaires

nouveaux	5 millions
----------------	------------

c) Centres de désinfection. — M. Robin exprimait en 1912 que 15 millions seraient nécessaires pour l'amélioration ou la création des 355 centres de désinfection qu'il jugeait nécessaires. Ces chiffres peuvent être acceptés, mais il convient de faire observer que l'organisation de ces centres de désinfection aurait dû résulter de la loi de 1902 relative à la déclaration de certaines maladies contagieuses parmi lesquelles ne figurait pas la tuberculose. Si la déclaration de celle-ci entraîne des frais de ce genre, la prophylaxie de toutes les autres maladies contagieuses en bénéficiera. Cela étant, il paraît difficile de considérer cette catégorie de dépenses comme exclusivement imputable à la loi nouvelle.

D'autre part, certains centres urbains, nombreux, il est vrai, mais encore trop rares, jouissent déjà d'installations prophylactiques suffisantes. Aussi il semble que l'estimation à 15 millions de l'aménagement de 355 centres de désinfection soit exagérée.

II. — Dépenses nouvelles

a) *Hospitalisation des malades.* — 90.000 malades à hospitaliser au sanatorium ou à l'hôpital pendant 4 mois ou 30.000 malades à hospitaliser pendant une année nécessitent une dépense, si l'on admet un prix de journée de 5 fr., de 55 millions.

Il convient de remarquer ici que si, dans l'ancien état de choses, la plupart des tuberculeux curables n'allaient pas au sanatorium, les tuberculeux graves et nécessiteux allaient déjà en grande partie à l'hôpital. Pour évaluer exactement les frais nouveaux d'hospitalisation que la loi sur la déclaration obligatoire entraînera, il conviendra donc de déduire des 55 millions admis ci-dessus, ce que dans le passé l'hospitalisation des tuberculeux coûtait à l'Assistance publique.

D'autre part, il faut remarquer qu'un nombre important de ces hospitalisés pourront solder tout ou partie de leurs frais de séjour et qu'avec une *loi d'assurances contre la tuberculose*, analogue aux lois allemandes ou anglaises, l'Etat serait presque totalement déchargé.

b) *Subventions aux familles des hospitalisés.* — 90.000 familles seront indemnisées pendant la durée de l'hospitalisation du chef, soit pendant 4 mois en moyenne. Le taux de 1 franc prévu par M. Robin paraît

insuffisant, nous adopterons pour le calcul le taux de 2 fr. par jour. Cette somme qui serait insuffisante pour procurer l'assistance complète, constituera un secours précieux à des familles déjà déchargées par l'hospitalisation de l'entretien du chef et procurera à ce dernier un réconfort qui l'encouragera à achever son traitement à l'hôpital.

Ci. Subvention aux familles des hospitalisés. . 22 millions

Le Docteur Robin prévoyait une subvention quotidienne de 0 fr. 50 aux tuberculeux non hospitalisés; dans la nouvelle loi il n'est pas prévu de subvention pour cette catégorie, la véritable assistance pour eux devant être le dispensaire.

c) *Subventions aux dispensaires.* — Celles-ci devront être tout à fait variables, étant proportionnelles à l'étendue du rayon d'action de chaque dispensaire. La plupart de ceux-ci auront des frais peu élevés qui seront en majeure partie couverts par l'initiative privée. Il semble qu'en moyenne une subvention annuelle de 5.000 fr. doive être considérée comme suffisante, si l'on admet 500 dispensaires nouveaux.

Ci. Subvention à 500 dispensaires. 2 millions 1/2.

d) *Désinfections.* — La désinfection mensuelle n'a pas plus de raisons d'être pratiquée que la désinfection hebdomadaire ou trimestrielle, car aussi longtemps qu'un tuberculeux ouvert séjourne en un lieu, l'infection de ce lieu persiste sans cesse renouvelée. Il faut à de semblables habitats un assainissement et une hygiénisation continus, petits soins constants et efficaces qui proprement ressortissent du dispensaire.

Par contre l'un des plus grands progrès sera réalisé si la désinfection complète est systématiquement pratiquée après chaque départ et chaque décès de tuberculeux bacillifère.

Comptons alors 2 désinfections annuelles à pratiquer chez 25.000 tuberculeux ouverts, nécessaires ou indigents, soit 500.000 désinfections, et ce chiffre est exagéré : cela donne 5 millions.

Ci. Désinfection (500.000) 5 millions

e) *Personnel*. — Des bureaux d'hygiène devront être améliorés ou créés comportant un personnel important. De plus, un certain nombre de médecins sanitaires devront être rémunérés. A titre d'indication, il doit être rappelé que les médecins sanitaires de l'Administration Centrale reçoivent, à Londres, de 25.000 à 40.000 fr. d'appointements, que les inspecteurs ont de 12 à 20.000 et leurs adjoints de 10 à 15.000 fr.

Il en sera de même pour les moniteurs d'hygiène et les infirmières visiteuses. Il faudra faire à ce personnel, ainsi qu'il a été fait à l'étranger, des situations à l'abri du besoin, honorées et recherchées (Voir projet de loi).

Le Professeur Robin, en 1912, attribuait 11 millions à ce chapitre. Il semble aujourd'hui possible de prévoir 15 millions.

On peut, bien que ces chiffres ne soient pas absolument certains, essayer d'esquisser un bilan approximatif :

FRAIS DE PREMIER ÉTABLISSEMENT :

9.000 lits, achèvement d'acquisitions	4 millions
15.000 lits d'hôpitaux et de sanatoriums à 4.000 f.	60 millions
Subventions attribuées à 500 nouveaux dispensaires	5 millions
Amélioration ou création de 355 centres de désinfection	15 millions
TOTAL.....	84 millions

DÉPENSES ANNUELLES :

Hospitalisation sanatoriale (frais nouveaux) de 7.500 malades à 5 fr.....	14 millions
Hospitalisation des cas graves (frais anciens non spécialement par la déclaration), 22.500 malades	41 millions
Assistance aux familles des hospitalisés, 30.000 familles à 2 fr.....	22 millions
Personnel (bureau d'hygiène, médecins sanitaires, moniteurs, visiteuses, etc).....	15 millions
Subventions aux dispensaires	2 mil. 1/2
Désinfections	5 millions
TOTAL.....	99 mil. 1/2

III. — Atténuations

Il semble, d'autre part, que les dépenses entraînées par la déclaration obligatoire sont susceptibles d'atténuations dues à des causes diverses.

Les atténuations à escompter dans les frais de premier établissement ont été faites en même temps que l'évaluation de ces dépenses. C'est ainsi que l'on a réduit de 30.000 à 15.000 le nombre des lits à organiser.

En outre, les dépenses annuelles sont à réduire d'une quarantaine de millions que les services d'assistance payent déjà et devront continuer à payer. Cette déduction réduit à 60 millions environ le total des dépenses annuelles à percevoir.

Il faudrait encore déduire de ce chiffre la valeur du prix de journée que pourront payer un grand nombre d'hospitalisés non indigents, pour lesquels le paiement à l'hôpital ou au sanatorium d'une somme modique ne représentera en réalité qu'une économie sur les dépenses que la maladie entraîne lorsqu'elle est soignée à domicile.

En outre, les ressources de l'initiative privée qui ont tant fait pendant la guerre, continueront, à n'en point douter, leurs bienfaits.

Ainsi donc, sans essayer de chiffrer sur la valeur de ces atténuations, on voit qu'elles auront pour effet d'améliorer encore le sort des tuberculeux.

D'autre part, à l'imitation de l'étranger, il semble que la nature du budget antituberculeux pourrait être transformée par une *assurance sociale*.

Caisse d'assurance. — Examinons quels sont les moyens employés par l'Allemagne et l'Angleterre pour subvenir aux charges imposées par la lutte antituberculeuse.

L'Allemagne la première, en 1883, créa une *caisse d'assurances ouvrières contre la maladie*. Cette caisse est alimentée par les *versements obligatoires* des patrons et des ouvriers.

« On ne peut méconnaître, dit M. Duclaux (11), que cette prescription a le caractère d'un impôt prélevé sur une certaine catégorie de citoyens; mais cet impôt a un caractère spécial. Le produit n'en est pas versé dans les caisses publiques pour alimenter les dépenses

(11) DUCLAUX. « L'Hygiène Sociale », Alcan, 1902, p. 144.

générales; il est administré dans un intérêt particulier à ceux qui en portent le poids, par un Comité placé à côté du contribuable, car la caisse peut être communale, locale ou même ne pas s'étendre au delà des limites de l'usine ou de la fabrique dans laquelle travaille l'ouvrier, de sorte que son argent est géré sous ses yeux, tandis que d'un autre côté, le lien égal créé entre toutes ces caisses leur permet de s'entendre, de se coaliser, de grouper leurs ressources pour une œuvre utile dans l'intérêt de tous. »

On sait les sommes considérables ainsi trouvées et qui ont servi à construire et à entretenir le nombre imposant des sanatoriums allemands. Le quart de la population totale est assuré.

En Angleterre, en 1912, le nombre des assurés était déjà de 14 millions payant chacun 1 sh. 3d., soit 1 fr. 55 par an. Une somme supplémentaire de 0 fr. 10 par assuré est payée pour chaque année par l'Echiquier (Budget général). Cette assurance contre la tuberculose fournit une recette de 21 millions. En Angleterre l'Etat ajoute aux 21 millions des assurés un crédit général de 37.500.000 fr. destiné à la lutte en général. Les ressources annuelles sont donc au total de 58 millions.

III. — Conclusions financières

Ainsi donc, d'après ces prévisions qui fatalement sont sujettes à erreur, on peut prévoir approximativement que la loi sur la *Déclaration obligatoire de la Tuberculose ouverte* nécessitera 84 millions de frais de premier établissement et 100 millions de frais annuels dont 60 millions de frais nouveaux.

La charge de ces dépenses ne saurait incomber intégralement à l'Etat. L'assistance est en principe aux frais de la commune, le département et l'Etat devant prendre à leur charge les dépenses que les budgets communaux ne sauraient supporter.

Reportons-nous, pour définir cette répartition des dépenses, aux dispositions de la loi du 14 juillet 1905 qui, en instituant l'*assistance aux vieillards*, a imposé brusquement aux services d'assistance un supplément de charges important.

Les charges de cette loi sont réparties dans l'exercice 1913, suivant les chiffres approchés ci-après :

Etat, 59 millions, soit 53 %;
Départements, 19 millions, soit 17 %;
Communes, 35 millions, soit 30 %.

Sur cette base, on peut prévoir que la loi sur la déclaration obligatoire de la tuberculose imposera au budget de l'Etat 53 % des dépenses ci-dessus évaluées, soit, en chiffres ronds :

Dépenses de première mise. $\frac{84 \times 53}{100} = 45$ millions

Dépenses annuelles $\frac{100 \times 5}{100} = 53$ millions

On voit par cette évaluation approximative quels seraient à peu près les frais entraînés par la déclaration obligatoire et ses conséquences nécessaires de mise en œuvre.

D'ailleurs, quelque élevées que soient ces dépenses, on ne doit pas hésiter à les faire, si elles nous permettent de ravir à la tuberculose les 100.000 morts qu'elle nous prend par an.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

6.000 morts par an autrefois dues à la tuberculose, soit 60 %, ont été épargnées depuis vingt ans à la seule ville de New-York. Edimbourg, en vingt ans, a réalisé, grâce aux dispensaires suivis de la déclaration, 45 % d'économie sur la mortalité tuberculeuse. Il nous semble donc que puisqu'un système de lutte basé sur la déclaration obligatoire de la tuberculose a pu donner de pareils résultats, ce système soit désirable chez nous. D'ailleurs ce système nous le croyons parfaitement réalisable surtout depuis la guerre et cela parce que :

- 1° La notion d'altruisme a fait de grands progrès;
- 2° Le sens de l'intérêt général s'est développé;
- 3° La guerre a multiplié l'instruction du public et du corps médical;
- 4° L'armement antituberculeux presque inexistant naguère, s'est développé grandement et son accroissement continue au point qu'il semble déjà susceptible de répondre aux premiers afflux de malades nécessaires que la loi provoquera.

Cet armement est déjà certes important si l'on pense à ce qui existait avant la guerre, mais il est encore bien insuffisant et c'est là l'argument le plus spécieux

contre la déclaration obligatoire. Créons d'abord cet armement antituberculeux.

Nous avons vu combien la guerre nous aidera dans cette organisation. Organisons des sanatoriums, des hôpitaux spéciaux, des dispensaires, plaçons-y les tuberculeux qui sont déjà reconnus et qui se déclareront d'eux-mêmes, et ce n'est qu'ensuite que nous pourrons envisager l'établissement et l'application stricte de la déclaration obligatoire (12).

Il est certain que si la loi sur la déclaration obligatoire de la tuberculose restait isolée des autres lois antituberculeuses, et si la lutte devait se borner à la seule déclaration, celle-ci serait d'une utilité de médiocre importance. Mais précisément cette loi prévoit non pas seulement la déclaration en elle-même mais ses conséquences : l'organisation de dispensaires antituberculeux et l'utilisation de ceux qui existent déjà ; le traitement et l'hospitalisation par les communes, les départements et l'Etat, des indigents tuberculeux, et enfin la nécessité d'accorder une subvention aux familles dont le soutien sera éloigné d'elles par son traitement. Ainsi conçue, la déclaration obligatoire de la tuberculose ne sera pas une vaine formalité ou seulement une source de statistique, mais sera vraiment le premier acte ou le prologue de la lutte antituberculeuse. Lorsqu'on sera en présence de faits précis, de statistiques bien établies, lorsqu'on pourra montrer aux municipalités et à l'Etat l'étendue du problème, pré-

(12) P^r Paul COURMONT. « La déclaration obligatoire de la Tuberculose ». *Lyon-Médical*, avril 1919, page 219.

ciser les foyers de tuberculose, les mesures prophylactiques s'imposeront avec plus de force que jamais.

Loin de nuire à l'extension de la lutte antituberculeuse, la déclaration en sera souvent le premier pas. La seule, la vraie difficulté, c'est qu'il faudra pour cette lutte hygiénique des sommes énormes. Nous avons vu d'ailleurs combien les premières estimations pouvaient être diminuées. Il faudra prévoir l'établissement et le fonctionnement des dispensaires, des sanatoriums, des hôpitaux d'isolement; la démolition des quartiers insalubres et leur remplacement par des maisons hygiéniques; la lutte contre l'alcoolisme et l'amélioration du bien-être de la classe ouvrière. Voilà les nécessités qui font prévoir pour la lutte antituberculeuse un programme immense et qui concerne non seulement la médecine et l'hygiène, mais les questions sociales.

Maintenant que la guerre est terminée avec l'extension toujours croissante de la tuberculose, il est plus nécessaire que jamais d'envisager le problème bien en face et d'entreprendre la lutte par tous les moyens.

La *déclaration obligatoire* n'est qu'un des éléments de cette lutte, mais c'est un des premiers et des plus importants. Les objections qui ont pu être faites ne résistent pas à l'examen et à l'étude du projet de loi et de son règlement d'administration publique. Les quelques inconvénients que pourra toujours soulever l'application de toute loi d'hygiène sociale, ne doivent pas prévaloir contre la nécessité de sauver notre race.

CONCLUSIONS

Nous voyons donc que la déclaration obligatoire de la tuberculose est désirable et nécessaire à la lutte antituberculeuse et qu'elle est possible.

En voici les raisons :

1° Celle-ci a été appliquée à l'étranger, dans plusieurs pays et où elle a donné les résultats les plus satisfaisants : il suffit de citer les résultats obtenus à New-York où 6.000 morts sont épargnées par an et Edimbourg où l'on compte 45 % d'économie sur la mortalité tuberculeuse.

2° Elle a été réclamée en France très souvent depuis ces trente dernières années par des voix autorisées. Toutes les objections qui ont pu lui être faites, nous l'avons vu, peuvent être facilement réfutées.

3° La lutte antituberculeuse pendant la guerre et qui fut pour ainsi dire créée de toute pièce, nous a montré les excellents résultats qui ont été obtenus dans l'armée et chez les réformés grâce à la *Déclaration obligatoire de la Tuberculose*. Ainsi s'est constitué un armement antituberculeux déjà puissant.

4° La difficulté la plus sérieuse de cette lutte réside dans le problème financier de la lutte antituberculeuse.

Celui-ci peut cependant se résoudre; nous avons vu que ses dépenses ne sont point excessives par rapport au but poursuivi. *L'assurance contre la maladie* peut être le meilleur moyen de trouver les sommes nécessaires.

5° *La déclaration* et ses conséquences pour la lutte antituberculeuse doivent donc être réclamées plus que jamais; mais il est bien entendu que la déclaration obligatoire ne doit pas rester une mesure isolée. A elle seule elle fournirait déjà des données statistiques fort importantes et montrerait l'étendue du danger, mais elle doit s'accompagner de toutes les mesures nécessaires à la lutte : 1° Dispensaires, sanatoriums, hôpitaux spéciaux, œuvres et hôpitaux d'enfants et toutes institutions antituberculeuses; 2° Alcool, taudis, logements insalubres, hygiène générale. *Elle doit être le prologue nécessaire et non l'épilogue de cette lutte.*

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

P^r PAUL COURMONT.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} Juillet 1919.

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

E. DEPÉRÉ.

ANNEXE

PROJET DE RÈGLEMENT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE A LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE

I. — Services sanitaires

1° *Service sanitaire d'arrondissement.* — Il est institué dans chaque chef-lieu d'arrondissement un service sanitaire d'arrondissement, dirigé par un médecin sanitaire d'arrondissement, seul qualifié pour recevoir les déclarations de tuberculose.

Suivant l'importance de l'arrondissement, le médecin sanitaire disposera au moins d'un dispensaire antituberculeux complet (13), c'est-à-dire pourvu d'un service de statistique, d'un petit laboratoire, de salles réservées aux examens laryngologiques et radioscopiques, ainsi que d'un nombre suffisant d'infirmières visiteuses.

Le service sanitaire d'arrondissement provoque et contrôle les mesures prophylactiques et assure les mesures d'assistance (admission des malades au sanatorium, à l'hôpital, placement des enfants, etc.) nécessitées par les déclarations des médecins de l'arrondissement.

A ce titre, le médecin sanitaire d'arrondissement, pourvu d'une automobile, se mobilisera et surveillera les mesures prises dans les différents cantons.

(13) Par modification de la loi du 15 avril 1916 entraînant l'existence obligatoire par arrondissement d'un dispensaire public, privé ou dépendant des administrations départementales ou communales et répondant aux conditions prescrites par la loi sus-mentionnée.

Il devra s'efforcer de provoquer, partout où le besoin s'en fera sentir, la création de services sanitaires cantonaux, avec ou sans dispensaires.

A défaut de ceux-ci, il recourra à l'organisation d'un dispensaire ambulant, fonctionnant à date fixe dans les différentes localités, avec l'aide des médecins de celles-ci.

Le médecin sanitaire d'arrondissement sera chargé de tous les autres services d'hygiène publique (14).

2° *Services sanitaires régionaux.* — Dans chaque chef-lieu d'Académie, il sera institué un Service d'Inspection Régionale Sanitaire.

Ce service sera placé sous la direction d'un médecin inspecteur sanitaire régional, assisté d'un adjoint chargé d'un laboratoire régional.

Cet inspecteur sanitaire, chargé de la lutte antituberculeuse régionale, aura sous ses ordres les médecins sanitaires des arrondissements de son ressort.

Il inspectera les différents organismes et établissements antituberculeux de sa région et contrôlera les mesures prophylactiques et les mesures d'assistance nécessitées par les déclarations. Il centralisera les divers renseignements statistiques ou autres relatifs à la lutte antituberculeuse.

Il communiquera aux préfets des départements qui ressortiront de sa région académique, tous les renseignements statistiques, sans indications de personnes.

Il sera, en outre, chargé de l'inspection de tous les autres services publics d'hygiène.

Il dépend directement du Service Central d'Hygiène Publique.

3° *Service de statistique sanitaire.* — Il sera institué à Paris, au Service Central d'Hygiène Publique, un Service de statistique sanitaire. Ce service sera chargé de rassembler les documents qui lui seront fournis par les médecins inspecteurs sanitaires régionaux.

(14) Modification de la loi de 1902. Loi à voter sur l'Inspection médicale des Ecoles.

II. — Statut des Médecins sanitaires

1° Les médecins sanitaires d'arrondissement et les médecins adjoints des médecins inspecteurs régionaux recevront, selon celle des trois classes à laquelle ils appartiendront, un traitement annuel de : 12.000, 15.000 et 18.000 fr.

2° Les inspecteurs sanitaires régionaux recevront un traitement annuel de 18.000, 20.000 et 24.000 fr.

3° Les médecins sanitaires d'arrondissement, les inspecteurs sanitaires régionaux et leurs adjoints pourront être promus sur place à la classe supérieure.

4° Il sera interdit aux médecins sanitaires d'arrondissement, aux inspecteurs régionaux et leurs adjoints de faire de la clientèle.

5° Les médecins sanitaires d'arrondissement, les inspecteurs sanitaires régionaux et leurs adjoints seront recrutés par voie de concours.

III. — De la déclaration obligatoire de la Tuberculose

1° Tout cas de tuberculose avérée, pulmonaire ou autre, doit être déclaré au médecin sanitaire d'arrondissement par le médecin traitant, que le malade soit soigné dans un service hospitalier ou à domicile.

2° Les médecins du service sanitaire sont tenus au secret professionnel.

3° Le médecin traitant à domicile recevra un honoraire de 3 francs pour chaque déclaration.

4° La déclaration sera faite au moyen d'un carnet à souches par le médecin traitant à domicile et par listes par les établissements hospitaliers et les dispensaires.

La déclaration indiquera les nom, prénoms, l'âge, le sexe, la profession, le domicile et la situation de famille du malade. Elle mentionnera le diagnostic aussi détaillé que possible.

L'imprimé de déclaration portera les trois formules suivantes, dont le médecin déclarant laissera subsister celle qu'il estimera nécessaire :

A. Je déclare que les mesures prophylactiques nécessaires sont prises sous ma surveillance.

B. Je demande pour mon malade telle ou telle forme d'assistance (1).

C. Je demande la prise en charge du malade par les services sanitaires.

IV. —

Un règlement spécial, s'inspirant des directives ci-dessus, sera institué de concert avec les autorités locales pour le département de la Seine.

(1) Collaboration de l'infirmière sanitaire, placements d'enfants, recours divers, etc.

BIBLIOGRAPHIE

LETULLE. — Rapport sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1912, tomes 68, 19, 70.

Journal Officiel. — Séance du 16 janvier 1919, n° 5555.

Léon BERNARD (D^r). — L'action antituberculeuse pendant et après la guerre. *Journal Médical Français*, t. VII bis, n° 4, décembre 1918.

HONNORAT. — Rapport. *Journal Officiel*. Documents parlementaires, n° 3653, page 719 et n° 1863, p. 110 à 125.

Dépêche 437 3/7 du 7 janvier 1918, du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé.

J. BRISAC et Léon BERNARD. — Les établissements antituberculeux d'après guerre.

CANTONNET (D^r). — Le travail du tuberculeux. *Archives de Médecine et de Chirurgie militaire*, avril 1917.

BEZANÇON. — Discussion du rapport sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 1919, tome LXXXI, pages 264, 333, 413, 448, 526, 563, 615, 659.

— La mortalité par tuberculose à l'étranger. *Office International d'Hygiène publique*, année 1915, pages 662, 953, 1861, 516.

ROBIN. — Discussion du rapport de M. le Professeur Letulle sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, tome XVIII, page 318.

DUCLAUX. — *L'Hygiène Sociale*, Alcan, 1902, page 144.

Paul COURMONT (P^r). — La déclaration obligatoire de la tuberculose. *Lyon Médical*, avril 1919, page 219.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER	9
Historique de la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose et discussions antérieures à la guerre	9
Projet de loi du 14 janvier 1919.....	20
CHAPITRE II	24
<i>L'action antituberculeuse pendant la guerre</i>	24
Armement	29
Lits de sanatoriums.....	29
Comités départementaux.....	30
Déclaration dans l'armée.....	31
Dispensaires	32
Lits d'hôpitaux pour cas graves.....	33
La guerre et l'esprit public.....	35
CHAPITRE III.....	38
Argumentation actuelle.....	38
CHAPITRE IV.....	47
La déclaration à l'étranger.....	47
CHAPITRE V.....	53
Evaluations financières.....	53
Evaluations anciennes.....	53

	Pages
Evaluations actuelles.....	56
Caisses d'assurances.....	65
Conclusions financières.....	66
CHAPITRE VI.....	68
Discussion	68
CONCLUSION	71
ANNEXE	73
Projet de règlement d'administration publique relatif à la déclaration obligatoire de la tuberculose.....	73
BIBLIOGRAPHIE	77

